

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE & SYPHILIGRAPHIE
FONDEES PAR A. DOYON.

JUL 8 1916

DE MICH.

CINQUIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

L. BROcq

Médecin
de l'hôpital Saint-Louis.

G. THIBIERGE

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

J. DARIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

H. HALLOPEAU

Médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

W. DUBREUILH

Professeur à la Faculté de Bordeaux.

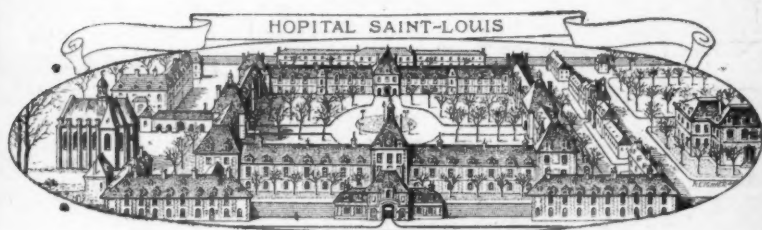
CH. AUDRY

Professeur à la Faculté de Toulouse.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

P. RAVAUT

Médecin des hôpitaux de Paris.



ANNÉE 1916-1917

TOME VI. — N° 2. — MARS 1916.

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

CONDITIONS DE PUBLICATION.

Les **Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie**
Publieront douze numéros pendant les années 1916-1917.

Abonnement pour les douze numéros : Paris : 30 fr. — Départements et Union postale : 32 fr.

COLOPLASTRE

LEUCOPLASTE FRANÇAIS

DE CAVAILLÈS

BANDELETTES ADHÉSIVES
caoutchoutées
à l'oxyde de zinc
pour PANSEMENTS
en BOBINES

EMPLATRES

ROGÉ-CAVAILLÈS

Aseptiques, Caoutchoutés, Fins, Souples, Adhésifs.

EMPLATRES

à
l'OXYDE DE ZINC.
ROUGE DE VIDAL.
ADHÉSIF-BORIQUE.
VIGO fin, souple.
OLÉO-CADE (Huile de Cade décolorée).
PYROGALLIQUE, SALICYLIQUE, etc.

CORRESPONDANCE, ÉCHANTILLONS : R. CAVAILLÈS
69, Boul. Saint-Denis, COURBEVOIE (Seine).
Dépôt 9, Rue 4-Septembre, PARIS et Pharmacies

SOMMAIRE DU NUMÉRO 2

Mars 1916.]

TRAVAUX ORIGINAUX

- | | |
|---|----|
| J. Darier. — De l'érythème annulaire centrifuge (<i>Avec quatre figures dans le texte</i>). | 37 |
| J.-D. Kayser et P.-H. Schoonheid. — Un cas de dermatose de Darier (<i>Avec trois figures dans le texte</i>). | 77 |
| J. Brault. — Note sur le <i>trichophyton luxuriens</i> , nouvelle espèce, à culture faviforme, produisant des kérions (<i>Avec deux figures dans le texte</i>). | 91 |

Voir la suite à la page 33 de la couverture.

VALÉRIANE liquide de L. PACHAUT

La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.
DE 1 A 6 CUEILLERES A CAFÉ PAR JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.



TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'ÉRYTHÈME ANNULAIRE CENTRIFUGE (ÉRYTHÈME PAPULO-CIRCINÉ MIGRATEUR ET CHRONIQUE) ET DE QUELQUES ÉRUPTIONS ANALOGUES

Par J. Darier.

Une éruption caractérisée par de grands anneaux et des bourrelets festonnés ou en arcs de cercle, rosés, saillants et fermes au toucher, qui couvrent de grandes régions du corps ; qui s'accroissent excentriquement et se déplacent assez rapidement pour qu'au bout de 8 ou 10 jours le dessin qu'ils figuraient soit absolument transformé ; qui après un certain temps se fragmentent, disparaissent et sont remplacés par des éléments nouveaux de même type, et cela pendant bien des mois consécutifs ; — voilà certes un tableau clinique surprenant et qui forcément attire l'attention.

J'ai eu l'occasion, il y a près d'une vingtaine d'années, d'observer un cas de ce genre. Il m'a paru que je me trouvais en présence d'une forme d'érythème ; de toute évidence il ne s'agissait pas simplement de cette modalité éruptive de l'érythème polymorphe que mentionnent tous les traités de dermatologie sous le nom d'érythème annulaire ; très probablement j'avais affaire à une entité spéciale, dont il était intéressant de rechercher les parentés, les relations avec les espèces dermatologiques connues, les variantes possibles, en vue d'en déterminer la nature et la signification. J'ai donc conservé la description de mon cas, les clichés photographiques et les préparations histologiques qui en provenaient, me réservant de le faire connaître lorsque j'aurais rassemblé quelques faits identiques ou analogues, tirés soit de mon observation personnelle, soit des publications d'autres auteurs. C'est le résultat de cette enquête que je rapporte aujourd'hui.

Il en ressort tout d'abord que les faits identiques sont vraiment rares, puisque je n'en ai trouvé que deux à adjoindre au mien. Il se peut, à la vérité, que quelques observateurs en aient rencontré, mais qu'ils hésitent, comme j'ai hésité moi-même, à extraire de leurs cartons un cas unique.

Il en découle d'autre part une constatation imprévue : c'est qu'il existe des éruptions analogues, ayant la même configuration, la

même allure, la même durée que cet érythème annulaire centrifuge que j'ai pris pour type, et qui cependant ne sont pas des érythèmes; on verra qu'en raison de tel ou tel caractère surajouté important, et d'une structure histologique différente, on est conduit à les classer dans de tout autres groupes.

Avant d'aller plus loin je tiens à bien spécifier que les dermatoses dont je m'occupe dans cet article, ce ne sont pas toutes les *éruptions* annulaires ou circinées en général; une revision aussi compréhensive m'entraînerait beaucoup trop loin et il n'y aurait aucun intérêt à comparer des manifestations cutanées disparates, n'ayant de commun entre elles que leur configuration.

Ce ne sont même pas tous les *érythèmes* de forme annulaire que j'ai en vue, tel que celui dont Kaposi, dans son chapitre sur l'érythème exsudatif multiforme, parle en ces termes: « Si les taches pâlisent rapidement au centre, tandis que le bord rouge s'étend par la périphérie, il en résulte un *érythème annulaire*; si plusieurs cercles se rencontrent et s'effacent à leur point de contact, il se produira des lignes serpentine et les dessins les plus variés, — *érythème figuré* (*erythema gyratum*). »

Ce qui me paraît moins banal et mériter qu'on s'y arrête un instant, ce sont les érythèmes à la fois *annulaires*, nettement *saillants*, à développement centrifuge *rapide* et *étendu*, et durablement *persistants*, — ainsi que les éruptions d'autre nature qui présentent les mêmes attributs.

OBSERVATION I (Personnelle). — *Erythème papulo-circiné migrans chronique*.

L..., âgé de 26 ans, artiste peintre, se présente à moi le 15 mai 1898, pour savoir si oui ou non il est atteint de syphilis, comme le lui ont déclaré plusieurs médecins qu'il a consultés.

Je constate chez lui (fig. 1) une éruption de cercles et d'anneaux, abondante sur la région lombaire, sur les fesses et sur la face postérieure des cuisses, clairsemée sur les parties latérales du dos, sur la face antérieure des cuisses et sur les avant-bras, et qui affecte une distribution à peu près symétrique.

Ayant revu le malade à plusieurs reprises pendant deux à trois mois, j'ai pu m'assurer que cette topographie s'est maintenue; la tête et le cou, le haut de la poitrine, les creux axillaires, les aines et les organes génitaux, ainsi que les pieds et les mains, sont toujours restés indemnes; il en est de même des muqueuses. Exceptionnellement quelques éléments ont apparu sur les bras au voisinage des coudes, sur le poignet gauche, sur l'abdomen et sur le haut des jambes.

A n'importe quel moment on trouve simultanément des éléments d'âge différent, et des examens successifs m'ont permis de suivre leur évolution.

Ils apparaissent sous forme d'une papule rose, d'un demi à un centimètre de diamètre, plane, ou quelquefois dès sa naissance déprimée à son

centre et marginée. Au palper le doigt perçoit une induration d'ensemble



FIG. 1. — *Erythème papulo-circiné migrateur chronique*. — Malade de l'OBSERVATION I (photographie prise le 18 mars 1898).

ou plus souvent déjà en bourrelet. Bientôt la bordure s'étend excentrique-

ment, en un anneau d'un rose vif, large de 4 à 6 millimètres, haut de 2 à 3 millimètres, donnant au toucher la sensation d'un cordon dur; en même temps l'aire centrale se déprime jusqu'au niveau du tégument voisin et reprend l'aspect normal, sauf une légère teinte pigmentée ou violacée, qui persiste durant plusieurs semaines. L'accroissement excentrique de la papule initiale est si rapide qu'en une semaine l'anneau qui en résulte a pris les dimensions d'une pièce de 4 franc ou même celle d'une pièce de 5 francs en argent. Au delà l'évolution varie suivant les éléments. Quelques-uns ayant atteint de 3 à 5 centimètres de diamètre et une forme ronde ou ovale, ne progressent plus; ils persistent 8 ou 15 jours, puis s'effacent en laissant une macule pigmentée. D'autres, rencontrant dans leur extension un élément voisin, confluent avec lui par interférence, c'est-à-dire par effacement du rempart de séparation, d'où formation de cordons festonnés limitant des aires polylobées. Quelques anneaux enfin, souvent plus ou moins festonnés, s'étendent jusqu'à circonscrire des espaces de peau de la grandeur de la paume de la main, de la main tout entière, ou comprenant toute une large région. Les anneaux qui ont plusieurs centimètres de diamètre s'ouvrent parfois en un point de leur circonférence, par affaissement du bourrelet, donnant lieu à des formes en C ou en crosse; les plus grands se brisent en nombreux arcs de cercle, qui continuent pour leur compte leur progression excentrique. L'évolution de ces derniers éléments dure plusieurs mois.

Si l'on considère qu'au cours de l'accroissement, de la fragmentation et de la disparition des anneaux, il apparaît constamment des éléments nouveaux, soit en peau saine soit sur les points qui ont été précédemment occupés, on conçoit qu'il en résulte des aspects plus compliqués encore que ceux que l'on voit sur les photographies que j'ai fait reproduire (fig. 2); à de certains moments j'ai vu coexister dans une même région, des cercles, des demi-cercles, de longs cordons festonnés et de véritables arabesques.

Il me faut revenir sur quelques détails de cette description: Les bourrelets rosés, saillants et durs, qui constituent les circinations, sont nettement limités du côté de la peau saine par un talus en pente rapide, sans le moindre halo congestif; leur versant interne, du côté concave, est un peu moins abrupt et sa coloration rosée passe graduellement au rose bistré ou violacé de l'aire. Ces bourrelets sont des cordons continus, ne sont jamais constitués par un chapelet de papules et ne semblent pas résulter de la confluence de papules; le terme « papulo-circiné » que j'emploie pour cette forme éruptive n'exprime donc à mon sens que la notion de début par une papule, et celle de saillie avec induration des cordons. L'infiltration qui les constitue est d'ordre congestif et œdémateux, comme le montrera l'examen histologique; cliniquement déjà on peut le reconnaître au fait qu'un bourrelet pressuré et malaxé s'efface, pour reparaitre quelques instants après, plus tendu et avec une coloration plus vive. C'est là un caractère de l'érythème papuleux.

A aucun moment je n'ai constaté sur la crête des bourrelets, ni sur leurs versants, aucun indice de vésiculation, non plus qu'aucune desquamation, ni lamelleuse, ni furfuracée, ni poudreuse. L'état maculeux des aires centrales ne s'accompagne, lui non plus, d'aucune desquamation, ni de chute des poils, ni d'une modification du quadrillage normal de la peau.

Enfin le prurit faisait à peu près complètement défaut ; « cela ne me dérange pas, ou très rarement et à peine », nous a déclaré le malade.

L'histoire de l'éruption est, elle aussi, assez curieuse. Elle a débuté au commencement de mars 1898, aux deux fesses symétriquement, par un anneau qui a grandi et duré plus de 2 mois. Les autres taches ont apparu peu à peu sans que rien les annonçât au malade. Leur accroissement est

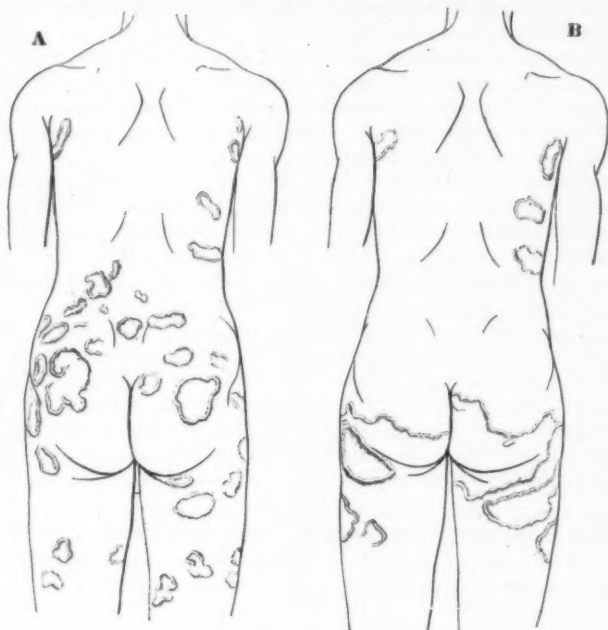


FIG. 2. — Erythème papulo-circiné migrateur chronique. — Figure demi-schématique calquée sur les photographies du malade de l'OBSERVATION I. — A, état de l'éruption au 18 mars (voir fig. 1). — B, état au 28 mars.

toujours plus rapide au début que lorsqu'elles ont grandi déjà ; leur progression est assez variable, mais en tout cas de *plusieurs millimètres par jour*, de *plusieurs centimètres par semaine* ! comme on en peut juger par la figure 2.

Jusqu'à la fin de novembre 1898, soit durant neuf mois, l'éruption a persisté sans aucune interruption, par la reproduction incessante d'éléments nouveaux. Au 1^{er} décembre elle était abondante et forte. A ce moment elle a disparu en 6 à 8 jours sans jamais reparaitre depuis lors.

J'ai, bien entendu, interrogé et examiné ce malade avec soin en vue de rechercher les causes possibles de son éruption. C'était un homme bien constitué, plutôt maigre, très nerveux, mais sobre et ne faisant aucun excès. Peu fortuné, il fréquentait des restaurants de prix très modique, où

la nourriture était de qualité douteuse ; ses fonctions digestives s'en sont plusieurs fois ressenties et il avait souvent la langue saburrale. Aucune trace de tuberculose ni antécédent suspect à cet égard. Pas de syphilis et jamais de blennorrhagie. Aucune adénopathie. Ni kérose, ni état séborrhéique.

Aucun malaise préalable ni concomittant n'a marqué le début de l'éruption ; il s'en est aperçu par hasard. Il ne prenait à ce moment et n'avait pris récemment aucun médicament.

En présence du résultat négatif de mon enquête je fus conduit, par des vues plutôt théoriques, à soupçonner un peu d'auto-intoxication gastro-intestinale et je prescrivis au malade de surveiller son hygiène alimentaire, et d'essayer de quelques antiseptiques intestinaux, charbon, naphтол, etc., sans aucun résultat d'ailleurs.

La guérison s'est produite à un moment où ce jeune homme s'était mis spontanément à supprimer le vin et à boire à ses repas de l'« eau de goudron » qu'il trouvait sur la table de son restaurant ; peut-être n'est-ce là qu'une simple coïncidence. Quelques semaines plus tard il reprit l'usage du vin sans en ressentir d'inconvénient. Je l'ai revu en 1913, marié et père de famille, n'ayant plus jamais été repris d'éruption d'aucune sorte.

L'examen histologique d'une portion d'anneau excisée sur le dos le 28 mai 1898 a montré : un épiderme normal et intact ; un œdème modéré du corps papillaire et du chorion ; une infiltration cellulaire diffuse peu accentuée. Dans toute l'épaisseur du derme on note la présence de manchons périvasculaires denses, dont les éléments sont en immense majorité des lymphocytes et de petites cellules conjonctives, avec peu de polynucléaires, et quelques rares mastzellen ; les cellules plasmatiques font défaut.

Voici maintenant parmi toutes les observations d'éruptions analogues qui ont été publiées, celles des deux seuls cas me paraissant appartenir au même groupe morbide.

Obs. II. — **Otto Sachs. Fall von Erythema exsudativum perstans** (Verhandlungen der Deutschen Dermatol. Gesellschaft, VII Congr., Breslau, 1901).

Homme de 69 ans, de constitution grêle, légèrement emphysémateux et artérioscléreux, sans troubles gastro-intestinaux. Lui-même, ni aucun de ses proches, n'a jamais souffert d'urticaire. Mais pour la première fois en 1896 il a été atteint de l'affection actuelle qui a guéri en quelques mois et a récidivé plusieurs fois au cours des années dernières.

L'éruption occupe principalement le tronc, à un beaucoup moindre degré les membres supérieurs, et moins encore les membres inférieurs et les oreilles. Elle apparaît brusquement du jour au lendemain, en peau saine, sans prurit. Le malade est atteint de dermatographisme, mais l'éruption semble en être tout à fait indépendante. Au début il s'agit d'élevures rondes ou irrégulières, des dimensions d'une lentille, rouge pâle ou lilacée ; en 8 ou 10 jours elles atteignent par extension périphérique l'étendue d'une pièce de 5 marks ou de la paume de la main. Au toucher la consistance est ferme. Le centre se déprime au bout de quelque temps

prenant une teinte jaunâtre-brunâtre, pendant que le bourrelet progresse; il se forme ainsi des anneaux. La durée des éléments est variable; quelques-uns persistent des jours, d'autres des semaines ou même des mois; puis ils s'effacent en laissant une teinte brunâtre bleutée. Dans l'aire des éléments étendus on voit souvent apparaître des élevures nouvelles, de la grosseur d'un chènevis ou d'un pois, qui ont les mêmes caractères que l'élément primaire. L'affection s'accompagne d'une légère sensation de brûlure, qui est plus vive à la chaleur du lit. L'examen du sang et de l'urine n'a rien révélé d'anormal. La durée totale de l'éruption n'est pas précisée, mais elle persistait encore plusieurs mois après le début.

Une biopsie d'un bourrelet a montré un infiltrat de petites cellules disposé en manchons périvasculaires dans le corps papillaire, plus diffus dans le chorion; il se compose en majorité de mononucléaires, en moindre proportion de lymphocytes, avec quelques mastzellen, sans cellules plasmiques. Il y a de l'œdème modéré du derme, quelques leucocytes isolés dans le corps muqueux, et par places des noyaux dans la couche cornée.

Sur une photographie accompagnant cette publication on voit sur le dos du patient des anneaux, de grandes crosses et une vaste nappe pigmentée, de contour polycyclique, limitée par un bourrelet fragmenté en plusieurs endroits; au total un aspect presque identique à celui de notre figure 1.

Obs. III. — **B. Lipschutz.** *Ueber eine seltene Erythemform: Erythema chronicum migrans.* Arch. f. Dermatol. u. Syphil., 1913, t. 118, p. 349.

Femme de 29 ans, ayant eu de la bronchite des sommets, mais actuellement bien portante, sans troubles digestifs, bien réglée, indemne de syphilis et de blennorrhagie.

Début en août 1912 par une tache d'un rose violacé sur la région trochantérienne gauche, à bords plus rouges et saillants, nettement limités du côté de la peau saine; son contour est circulaire, vaguement festonné. Cette plaque s'est étendue peu à peu, gagnant de 3 à 6 centimètres par semaine; le centre redevenant peu à peu normal, sauf une teinte légèrement cyanotique, la lésion s'est transformée en un anneau qui mesurait, au bout de 2 mois, 50 centimètres de diamètre. Il ne s'est produit aucune desquamation. Au début il y a eu de légères sensations de brûlure ou de piqûre qui ont disparu bientôt; aucune fièvre, ni aucun trouble des fonctions. On a noté que la peau est un peu dermatographique, aussi bien en dehors qu'en dedans de l'anneau.

Cet anneau érythémateux, légèrement saillant, a continué à s'accroître pendant 9 mois, puis la malade a été perdue de vue. Sur les deux photographies qui illustrent cet article, on voit l'anneau en relief entourer les deux fesses, les deux hanches, une partie du dos et s'étendre jusqu'à la rotule.

L'examen histologique n'a montré que des lésions congestives, avec çà et là des cellules conjonctives plus nombreuses qu'à l'état normal.

L'auteur pense qu'il s'agit d'une forme d'érythème qui en raison de sa rareté n'a pas été remarquée. Au début l'élément a ressemblé à l'érysi-

péloïde de Rosenbach, mais avec moins d'infiltration. Ce type diffère des autres érythèmes, de l'érythème polymorphe et des éruptions médicamenteuses, par l'unicité de l'élément, par sa persistance et par sa migration. Il ne voit aucune étiologie toxique ou infectieuse à invoquer.

Il me paraît incontestable que les trois observations qui précèdent se rapportent à une éruption de même espèce ; dans le premier cas elle était profuse ; moins abondante dans le second ; dans la troisième on n'a constaté qu'un seul élément, mais géant et extraordinairement persistant. Ce sont là de simples nuances.

Que cette éruption appartienne au groupe morphologique des *érythèmes*, cela ressort avec évidence de la constitution de ses éléments, presque purement congestive et œdémateuse, à peine inflammatoire ; de leur apparition et de leur évolution aiguës ; de leur disparition rapide enfin, sans autre reliquat qu'une macule pigmentaire.

Si les éléments évoluent suivant le mode aigu, l'éruption est cependant durable, persistante, chronique ; cela tient à ce qu'elle se renouvelle incessamment.

L'étiologie de cet érythème est absolument obscure. Dira-t-on qu'il est d'origine toxique, auto-toxique ou infectieuse, ou autre ? Toutedonnée à cet égard fait complètement défaut.

On est tout naturellement tenté de le considérer comme une simple variété de l'*érythème exsudatif multiforme de Hebra*, et en particulier de sa forme papuleuse ou discoïde, d'autant plus que celle-ci peut donner lieu à la formation d'anneaux.

Mais ce serait singulièrement agrandir et déformer le cadre de cette maladie, que d'y faire rentrer notre érythème annulaire saillant.

L'érythème polymorphe s'accompagne d'ordinaire, au début, de troubles de la santé générale et d'œdème régional, qui ont manqué ici dans tous les cas. Son territoire d'élection est à la face dorsale des poignets et des mains ; il occupe parfois les coudes, les genoux, le front et la nuque, mais très exceptionnellement les fesses et le tronc. Le développement excentrique de ses éléments peut-il est vrai être assez rapide ; dans quelques cas, que j'ai suivis de près à dessein, et photographié périodiquement, j'ai constaté que la progression des bords peut momentanément atteindre 1 millimètre par jour ; mais elle s'arrête bientôt, l'extension des taches restant en somme assez limitée. Quand, par guérison centrale des taches marginées, se produit la transformation en anneaux et en lignes festonnées, que j'ai rappelée au début de cet article, les circinations ne sont pas saillantes, ou à peine. La durée du processus est de 10 à 40 jours et ne dépasse guère deux mois ; si les récidives ne sont pas rares, elles se font à intervalles éloignés et l'on n'observe pas de cas très prolongés dus à des poussées subintrantes indéfiniment répétées. Il n'est pas jusqu'à la structure histologique qui

n'accuse des différences : dans le bourrelet des disques de l'érythème polymorphe on trouve une importante infiltration cellulaire diffuse du corps papillaire et de la région supérieure du chorion, remarquable par l'abondance des polynucléaires et des granulations nucléaires libres.

Pour toutes ces raisons, j'estime qu'on ne saurait tout uniment faire rentrer notre érythème annulaire saillant et centrifuge dans l'érythème polymorphe. Sachs et Lipschütz, dans la discussion de leurs observations respectives, arrivent à cette même conclusion.

Un des traits caractéristiques de notre érythème c'est la longue durée de son évolution ; il paraît légitime de faire figurer cette notion dans le nom qu'on lui donne. Malheureusement les termes d'*erythema perstans* ou d'*erythema chronicum*, qu'ont choisi les auteurs des observations II et III, outre qu'ils s'appliquent mal à des lésions si franchement aiguës et migratrices, ont été employés dans ces dernières années pour désigner des affections si disparates et pour la plupart si mal définies, qu'ils en sont comme disqualifiés.

C'est ainsi que dans un article intitulé *Erythema perstans*, G.-W. Wende (1) rapporte une douzaine de cas, dont deux personnels, parmi lesquels il m'a été impossible d'en découvrir un seul qui fût sûrement identique aux 3 observations ci-dessus. Le plus analogue est le premier de ses cas personnels. Il s'agissait d'un homme de 28 ans, bien portant, dont le tronc et les membres se couvraient depuis 4 ans et demi de taches, d'anneaux et de segments d'anneaux rouge violacé, entourant des aires légèrement pigmentées ; les dimensions moindres des anneaux, leur saillie moins accusée, la desquamation fine des aires, l'absence de renseignements sur la rapidité de l'extension et sur les lésions histologiques, laissent un doute dans mon esprit.

J'ai pu croire que le terme d'*erythema elevatum diutinum*, introduit dans la science en 1894 par Radcliffe Crocker (2) avec Campbell William, s'appliquerait bien à l'éruption que j'étudie. En réalité l'affection ainsi dénommée ne me semble guère différer de celle que le même auteur a baptisée *Granulome annulaire* (*ringed eruption* de Colcott Fox, *lichen annularis* de Galloway) et qui a été si parfaitement étudiée par mon ami le Dr Graham Little (3). C'est dire qu'elle désigne des nodules durs, agminés, siégeant de préférence près les articulations des extrémités, pouvant, par guérison centrale et extension périphérique, donner lieu à des anneaux ; cette affection, qui évolue avec une grande lenteur, n'a absolument rien de commun avec nos cas.

(1) GROWER W. WENDE, *Erythema perstans*, with report of two cases involving circinate lesions. *The Journal of cutaneous diseases*, juin 1906, p. 241.

(2) RADCLIFFE CROCKER, *Diseases of the skin*, 3^e édit., Londres, 1903, p. 101, 409 et 1015.

(3) E. GRAHAM LITTLE, *Granuloma annulare*; a clinical and histological study. *Proceedings of the Royal Society of Medicine, Dermatological Section*, juillet 1908.

En somme, si l'on veut choisir pour ceux-ci un nom approprié et suffisamment descriptif, je ne vois que le terme nécessairement un peu long d'*érythème papulo-circiné migrateur et chronique* que j'ai donné pour titre à ce mémoire.

*
*
*

Passons maintenant aux éruptions qui tout en offrant de frappantes analogies avec notre érythème par leur disposition générale, leur marche et leur durée s'en distinguent cependant par des caractères de première importance.

Les cas de cet ordre appartiennent à trois groupes distincts :

1° *Eczématides papulo-circinées migratrices.*

Ici l'éruption ne diffère de celle de l'érythème papulo-circiné, que par une desquamation contemporaine, accentuée et disposée d'une façon assez particulière.

Obs. IV (Personnelle) (3). — Éruption circinée papulo-squameuse, à extension centrifuge rapide et à structure d'eczématide. — Homme de 48 ans, amaigri et presque cachectique; depuis de longues années il souffre d'entérite, a des dents et des gencives dans un état pitoyable, et une hygiène alimentaire déplorable. Signes suspects aux sommets des deux poumons. Surmenage cérébral intensif.

L'éruption pour laquelle il vient consulter a débuté il y a 3 ans. Il s'est aperçu par hasard des quelques cercles sur ses bras. Peu à peu d'autres régions ont été envahies. Actuellement les territoires occupés sont le dos et les épaules, les fesses, les cuisses et les bras; la face antérieure du tronc, le cou, la tête et les extrémités sont toujours restés indemnes.

Dans ces régions on trouve entremêlés: des disques, des cercles à centre déprimé et squameux, des anneaux et de grandes arcades isolées ou réunies en festons; toutes ces figures sont dessinées par des saillies rouges, étroites et continues, bordées sur leur versant concave d'une *collerette de squames* (fig. 3).

La coexistence d'éléments de toute grandeur et de tout âge permet de reconstituer aisément l'évolution des éléments. Au début, ce n'est qu'une élévre lenticulaire, rose et saillante, qui presque immédiatement se déprime à son centre. A mesure que l'élément grandit, la disposition en anneau s'accroît et la dépression centrale s'enfoncé jusqu'au niveau de la peau saine. Dès que l'anneau mesure plus de 3 ou 4 centimètres de diamètre, il cesse généralement d'être régulier et continu; il prend un contour irrégulier, il se festonne, ou bien il se brise en arcs de cercle, ou s'efface d'un côté, se transformant en arcade qui continue à progresser.

(3) Je remercie mon excellent assistant et ami le Dr Civatte qui m'a aidé à recueillir cette observation.

La saillie qui dessine les anneaux ou arcades, est rouge et ferme, large de 3 à 4 millimètres, haute de 2 millimètres environ, continue et non divisée en papules; elle donne au toucher la sensation d'une cordelette.

Sur sa crête, l'épiderme est tendu et luisant; ses deux versants sont en pente rapide. En dehors, la rougeur s'arrête net au pied du talus, et immédiatement à côté la peau paraît normale. En dedans au contraire, persiste une teinte jaunâtre et, sur une zone d'un centimètre de largeur environ, l'épiderme est flétri et se détache.



FIG. 3. — *Eczématides papulo-circinées migratrices*. — Malade de l'OBSERVATION IV.

Sur l'aire des éléments qui n'ont que les dimensions d'une pièce de 50 centimes, on peut soulever une large squame lamelleuse. Quand l'élément est plus étendu le bourrelet ou l'arceau porte sur sa concavité une lamelle cornée, qui adhère au versant interne et est flottante en collerette sur le reste de son étendue; cette collerette peut atteindre un centimètre de largeur. Sur le reste de l'aire centrale la peau a repris son aspect normal.

La progression des anneaux et arcades est plus rapide tant que les éléments ont moins de 4 à 5 centimètres; elle est en moyenne de 4 millimètre par jour, ainsi qu'en témoignent des photographies successives. Aux diverses régions atteintes, les caractères de l'éruption sont les mêmes. Les sensations subjectives sont à peu près nulles; le malade ne se plaint pas de prurit et on ne le voit pas se gratter.

Le traitement a consisté à rectifier l'hygiène générale, à faire soigner les

dents, et à recommander des applications de glycérolé à l'ichthyol qui ont paru améliorer l'état de la peau. Mais le malade, des plus indociles, a disparu au bout d'un mois, sans qu'on ait pu savoir ce qu'il était devenu.

Examen histologique. — Par biopsie on a prélevé une portion d'un des arceaux de la région interscapulaire et un élément naissant de la région ombaire.

Sur les coupes on constate des lésions importantes de l'épiderme. Il est partout parsemé de cellules migratrices. Au sommet du bourrelet se voient des foyers de spongieuse, avec de belles vésicules histologiques; au point correspondant, le corps papillaire est fortement œdématié et infiltré de cellules lymphoïdes, disséminées ou accumulées autour des vaisseaux sanguins. Le chorion, à part un certain degré d'œdème, est à peu près normal.

Ces lésions, et en particulier la spongieuse de l'épiderme, sont remarquablement nettes sur l'élément jeune.

Dans l'aire centrale, au voisinage du bourrelet, on constate des croûtelles et de la desquamation, ainsi que de nombreuses cellules pigmentaires dans le corps papillaire.

Au total ce sont là les lésions des *eczématides figurées* avec un degré exagéré d'œdème et d'infiltration du corps papillaire.

Nous aurions donc affaire à une forme particulière de cette variété d'eczéma séborrhéique ou séborrhéides que j'ai cru devoir appeler *eczématides figurées*, que Brocq désigne sous le nom de dermatose médiothoracique, et qui correspond à l'eczéma flanelleire des anciens auteurs de l'hôpital Saint-Louis. Les caractères anormaux que l'on relève ici consistent dans la distribution topographique, qui épargne les régions sternale et interscapulaire, dans l'extension extraordinairement rapide des éléments, dans la saillie accusée de leur bourrelet qui se transforme en anneaux et arcades de large envergure; tout cela il faut l'avouer n'est guère dans le plan habituel de cette dermatose.

Toutefois j'ai pu recueillir un certain nombre d'observations, avec photographies et biopsies, de cas nettement intermédiaires entre l'eczématide figurée commune et le type de l'observation IV. Il s'agissait d'éruptions généralisées au tronc et aux membres, épargnant la tête et les extrémités, composées de taches marginées et de très larges placards de contour géographique, durant plusieurs mois et se perpétuant par poussées subintrantes. Il y manquait à la vérité la saillie accusée des bourrelets, leur transformation parfaite en anneaux et arcades, et la rapidité de leur progression. De plus ces bourrelets ne constituaient pas une crête continue et tendaient plutôt à se résoudre en un chapelet de papules couronnées d'une croûte. J'estime donc que ces faits, paraissant intermédiaires, n'étaient en réalité que des *eczématides figurées ordinaires*, dont elles avaient du reste franchement la structure histologique. Les épithètes « papulo-circinée » et « migratrice » ne leur auraient certes pas été applicables.

Parmi les cas publiés par les auteurs je n'en ai pas trouvé un seul qui fût superposable au mien ; généralement d'ailleurs les détails fournis sont insuffisants. Le seul qui vraisemblablement soit un exemple de cette forme d'eczématide, est celui de la deuxième observation personnelle de G.-W. Wende(1), dont voici le résumé :

Un homme de 43 ans, eczémateux, présentait sur les cuisses, les fesses, les épaules et les bras, une éruption qui avait débuté par le scrotum et se composait d'anneaux saillants et de figures circinées, d'un rouge clair ou violacé, entourant des aires légèrement pigmentées. L'auteur parle d'une desquamation furfuracée, sans mentionner de collerette ; il revient à plusieurs reprises sur la rapidité remarquable de l'accroissement et de changement d'aspect des circinations, sans indiquer quel est le degré de cette rapidité. Mais l'examen histologique lui a montré un œdème intercellulaire du corps muqueux (spongieuse), une dissociation de la couche cornée, une diminution de l'éléidine, et des infiltrats cellulaires périvasculaires qui sont des lésions d'eczématides.

2° Dermatite herpétiforme, variété papulo-circinée.

Quiconque lira attentivement l'observation suivante, sera frappé à la fois d'une remarquable analogie et des différences pourtant importantes qui existent entre l'éruption qu'elle décrit et notre érythème papulo-circiné migrans chronique.

OBS. V. — T. Colcott Fox. *Persisting gyrate erythema in the two elder members of one family. Erythema gyratus perstans.* Atlas international des maladies rares de la peau, fasc. V, 1891.

Les 2 aînés d'une famille de 5 enfants, George W.... âgé de 49 ans 1/2, et sa sœur Sarah, âgée de 48 ans, sont atteints pareillement, depuis l'âge de 3 ou 4 ans, d'une éruption procédant par poussées, mais persistante, car ils n'en ont jamais été complètement indemnes.

Cette éruption apparaît sous forme de papules érythémateuses miliaires, un peu élevées, et s'accompagne d'un prurit insupportable qui trouble le sommeil. Ces papules s'étendent excentriquement, pendant que le centre s'affaisse et pâlit ; au bout de quelques heures déjà l'élément a l'aspect d'une aire circulaire de peau un peu pigmentée, mais à part cela normale, encerclée par une bordure érythémateuse et un peu saillante. La tache se couvre d'une squame, qui se détache si rapidement qu'on ne trouve généralement qu'une frange d'épiderme déchiqueté (a ragged cuticular fringe) adhérente au versant interne de la bordure de l'anneau ; cette frange donne une physionomie tout à fait curieuse et remarquable à l'éruption.

Les anneaux s'élargissent jusqu'à prendre les dimensions de la paume de la main ; quand ils en rencontrent un autre, il y a confluence ; en sorte que peu à peu de larges surfaces du tégument se couvrent de dessins fes-

(1) Loc. cit.

tonnés et gyratés. Au bout de quelques jours l'éruption s'éteint en ne laissant qu'une pigmentation.

Les poussées reviennent, plus ou moins intenses, tous les 3 mois au moins et durent, selon leur intensité, de 10 jours à 3 mois; la plus grande partie du tronc et des membres, et principalement les faces d'extension, sont en pareil cas envahies; mais constamment, entre les poussées, on trouve quelques éléments en évolution sur les épaules, les fesses et les cuisses. Jamais la figure, le cuir chevelu, ni le cou n'ont été atteints; le dos des mains et des pieds ne sont pris que rarement; les muqueuses sont toujours restées indemnes.

Les poussées s'accompagnent de sensations marquées de prurit et de cuisson, quelquefois très intenses et exaspérées par la chaleur. La santé générale est bonne. L'éruption s'est constamment présentée sous la même forme.

Il est arrivé une seule fois, en 1889, chez le jeune homme, qu'au cours d'une poussée particulièrement sévère, les bordures et anneaux se sont couverts d'une *vésiculation* comme dans une dermatite herpétiforme; le fait ne s'est pas reproduit.

George W... s'est marié et a trois enfants sains; il est âgé actuellement de 29 ans. Sa sœur a présenté une poussée intense dans les derniers mois d'une grossesse.

Il n'a pas été fait d'examen histologique, ce qui est regrettable, ni d'examen du sang.

Sur la planche en couleurs qui accompagne cette observation, est figurée une épaule de la jeune femme, avec des taches débutantes, de petits anneaux et des « gyrations ». On y remarque la collerette épidermique blanche, déchiquetée, qui adhère par un de ses bords au versant interne des anneaux, et reste flottante par son bord dirigé vers le centre de la tache, lequel est un peu pigmenté.

L'auteur ne connaît pas de cas du même genre. Il relève la curieuse analogie morphologique qu'il y a entre cette éruption et celle qui caractérise la glossite exfoliatrice marginée; même accroissement centrifuge rapide à partir de la tache initiale, même rupture en segments de cercles, même desquamation précoce laissant une frange qui flotte du côté interne, même répétition constante des lésions sur un même territoire.

Il écarte, comme insoutenables, les diagnostics d'éruption médicamenteuse, de pityriasis maculata et circinata de Duhring ou eczématides, et d'érythème multiforme, bien qu'il connaisse des cas de cette dernière dermatose à évolution plus ou moins chronique.

Quoiqu'il n'ait pas constaté de polymorphisme vrai, et qu'on put à peine relever quelques variations régionales, relevant d'une nuance plus ou moins vive et d'une desquamation plus ou moins épaisse, il tend à croire qu'il a affaire à une dermatite herpétiforme de Duhring (dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives

de Brocq) qui serait stéréotypée à sa phase érythémateuse ; il est évident qu'il a été conduit à cette opinion, moins par le polymorphisme, que par l'extrême chronicité de l'éruption coïncidant avec la conservation d'un bon état général, et surtout par l'apparition une fois constatée d'une vésiculation sur les bourrelets.

En somme les différences entre l'éruption si bien décrite par Colcott Fox et l'érythème papulo-circiné migrans chronique sont les suivantes : desquamation en collerette, prurit marqué ; généralisation plus étendue ; durée dépassant 15 années ; le caractère familial de la maladie mérite aussi l'attention. Mais le trait le plus caractéristique c'est l'apparition des vésicules.

Il est impossible de ne pas être frappé du fait que si cette vésiculation avait tardé 2 ans de plus, ou si l'observation avait été arrêtée deux ans plus tôt, le meilleur argument pour ranger ces cas dans la dermatite herpétiforme aurait manqué. Et l'on peut se demander, sachant combien la dermatite polymorphe de Brocq est vraiment polymorphe et combien sont confuses les limites qui la séparent de certains érythèmes récidivants, si nos érythèmes papulo-circinés migrans ne seraient pas des cas frustes, incomplets, avortés si l'on veut, de cette grande dermatose. J'y ai pensé à propos de mon observation I et c'est une des raisons qui m'a fait retarder ma publication et poussé à revoir le malade 15 ans après pour savoir si son éruption n'avait pas reparu.

Restent il est vrai la desquamation en collerette et le prurit. Il est remarquable que ces deux symptômes n'ont pas manqué non plus dans le cas suivant, dans lequel il s'est produit aussi des poussées de vésicules. L'auteur le donne comme un cas de dermatite herpétiforme et il me paraît intéressant de le rapprocher des cas de Colcott Fox.

OBS. VI. — Bloch (interne du service du Dr Brocq). — *Érythème circiné récidivant. Dermatite herpétiforme, varié érythémateuse. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1907, p. 126 (résumée).

Georgette R., 46 ans, bonne santé. Début à l'âge de 9 ans. Éruption persistante depuis lors, procédant par poussées de 5 à 10 jours, répétées, subintrantes même, jamais séparées par un intervalle de plus de 2 à 3 mois. Siège principal aux flancs, aux fesses, aux hanches, à l'épigastre, parfois aux membres, jamais à la tête. Prurit plus ou moins marqué, avec chaleur et hyperesthésie cutanée. Taches papuleuses à développement excentrique, se transformant en une bordure annulaire, infiltrée mais peu saillante, qui en quelques jours s'affaisse, se fragmente puis disparaît en laissant une aire nettement pigmentée.

En juin 1905 un élément nouveau s'est surajouté à ces lésions pendant un temps très court : la bordure des placards érythémateux s'est, à deux ou trois reprises, couverte d'une foule de petites vésicules miliaires superficielles contenant un liquide citrin. Ce fait ne s'est pas reproduit dans les mois suivants.

Une différence notable entre ce cas et le précédent consiste en ce que les bordures paraissent ici constituées par un agrégat ou un chapelet de papules, dont chaque élément tendait à empiéter sur ses voisins ; d'où un contour finement festonné ou ondulé. Cette particularité apparaît sur la figure jointe à l'observation, sur laquelle se distingue aussi très nettement la *collerette* épidermique interne des anneaux et arcs de cercle.

L'examen histologique a été fait, mais l'exposé en est trop peu précis pour qu'on puisse le prendre en considération. Il n'y avait pas d'éosinophilie sanguine.

3° *Impétigo circiné à grands anneaux migrants.*

On ne s'attendrait guère à voir l'impétigo réaliser un aspect clinique voisin des précédents. Il est bien connu que certains impétigos ont une tendance à guérir au centre, en s'étendant excentriquement à la périphérie, et cela jusqu'aux dimensions d'une pièce de 5 francs et au-dessus ; c'est ce qui justifie l'expression d'*impétigo circinata* qu'on emploie d'une façon banale pour cette variété d'évolution.

Mais je doute fort qu'un dermatologiste même expérimenté eût songé d'emblée au diagnostic d'impétigo en face du cas suivant (fig. 4). On y trouvait de vastes régions couvertes de grands anneaux et de circinations compliquées ; pourtant un examen attentif permettait de relever des caractères distinctifs très nets d'avec les éruptions circinées que j'ai décrites ci-dessus : Saillie moindre des bourrelets ou arcades ; rebord externe marqué par une pustulation plane et flasque, qui très vite donne lieu par dessiccation à une fine croûte mellicérique ou d'un gris jaunâtre ; progression tout aussi rapide, mais variable suivant les points et les périodes ; tendance moindre à l'interférence, en ce sens que lorsque deux éléments se rencontrent leurs bords s'adossent souvent pendant un temps, au lieu de disparaître aussitôt ; fréquence de la reproduction d'éléments nouveaux dans les aires de guérison, d'où production de cercles concentriques ; prurit très modéré, remplacé par une sensation de tension locale.

Obs. VII (4). — *Éruption annulaire et festonnée, pustulo-croûteuse, à extension centrifuge rapide et de durée prolongée.* — Av..., âgé de 26 ans, de bonne santé habituelle, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis le 25 juin 1943. Il a été pris il y a un an d'une éruption du cuir chevelu, qui a débuté par des squames avec un peu de démangeaisons, et qui a suppuré au bout d'un mois. Elle a guéri sous l'influence d'une pomade, puis reparu à plusieurs reprises, et existe encore actuellement. Peu

(1) Cette observation a été recueillie dans mon service par M.-le Dr Givatte.

après chacune de ses poussées au cuir chevelu, le malade a remarqué sur le corps et les membres l'apparition d'éruptions analogues à celle qu'il présente en ce moment, mais de plus en plus abondantes et fortes.

Actuellement on constate sur le cuir chevelu un pityriasis gras ainsi que



FIG. 4. — *Impétigo circiné à grands anneaux migrateurs*. — Malade de l'OBSERVATION VII.

des taches limitées, constituées par des squames — croûtes adhérentes, sur une base rouge. Elles ont l'aspect de l'eczéma séborrhéique banal. Les lésions dépassent en certains points, à la nuque et derrière les oreilles notamment, les limites du cuir chevelu et s'y traduisent par une tache rouge bordée par une mince croûte jaune et sèche, large de 2 millimètres; par

places au lieu d'une tache, il n'y a qu'une arcade rouge, bordée d'un trait croûteux.

L'éruption du corps est particulièrement abondante et confluyente sur l'abdomen et sur les cuisses; mais on en trouve quelques éléments sur les bras, sur le dos et sur la jambe gauche.

Elle consiste en grands cercles, allant des dimensions d'une pièce de monnaie à celle de la main tout entière, et au delà, parfois parfaitement ronds et complets, parfois incomplets et dessinant une série d'arcades ou de lobes, ou d'arabesques.

L'élément initial est toujours une « cloque » c'est-à-dire un soulèvement bulleux flasque, qui apparaît en un point quelconque, sans prurit. Que le malade la perce ou non, l'évolution est identique; il n'y a pas de guérison complète, mais progression excentrique avec guérison centrale. Ce n'est que lorsque l'élément a duré un mois ou deux, que la guérison spontanée survient.

Les circonférences des cercles ou arcades sont à peine saillantes, et constituées comme suit: une bordure rosée, portant un soulèvement bulleux continu, du type bulle flasque d'impétigo, large de 2 à 3 millimètres, et, du côté concave, une croûte jaune de même dimension; l'ensemble a donc une largeur variant de 5 à 10 millimètres. La croûte est manifestement formée de l'épiderme plissé de la bulle, imbibé de sérosité desséchée; le contenu de la bulle est louche, grisâtre. Au point où la croûte, ou bien la bulle, sont excoriées, elles laissent à vif une surface rouge et humide.

En dedans de la bordure, l'aire de l'élément reste rougeâtre ou fauve, mais sauf cela d'apparence normale. Lorsque des éléments se rejoignent, leur bordure s'adosse assez longtemps avant que la confluence ait lieu. Dans les cercles qui ont une certaine étendue on voit fréquemment se produire des récidives de forme identique, d'où production de cocardes à cercles concentriques et parfois multiples. Dans leur extension les éléments envahissent aussi bien les surfaces précédemment occupées, et encore marquées d'une teinte bistre, que le tégument sain.

Soumise au traitement habituel de l'impétigo, par des lotions sulfatées et une pommade à l'oxyde jaune, l'éruption a guéri lentement en laissant de larges macules pigmentées. Mais le malade, peu soigneux, ne s'est pas traité jusqu'au bout, et il est revenu en août et septembre de la même année avec une éruption doublée de surface; les bras et les aisselles notamment sont couverts de circinations.

L'examen histologique d'une portion de la bordure bulleuse et croûteuse d'une tache de l'abdomen, a montré des lésions absolument caractéristiques, et bien différentes de celles de l'érythème annulaire ou de l'eczématide circinée.

Il s'agit d'une bulle sous-cornéenne, résultant du détachement de la couche cornée au niveau du stratum granulosum et de son soulèvement par une sérosité renfermant un peu de fibrine, de nombreux globules de pus, et quelques très rares cellules épidermiques flottantes. Le bord de la bulle, du côté de la peau saine, est tout à fait nettement arrêté. Sous la bulle l'épiderme malpighien est le siège d'un œdème parenchymateux très prononcé, avec vacuolisation périnucléaire, et d'une exocytose extrêmement abondante; on voit les leucocytes polynucléaires affluer en foule

à travers cet épiderme; les sommets des papilles sont turgescents et distendus par l'œdème; les vaisseaux du corps papillaire tout entier sont dilatés. L'infiltration de ce corps papillaire décroît rapidement à mesure qu'on s'éloigne de la couche la plus superficielle, et ne gagne pas le chorion; elle est constituée uniquement par des polynucléaires, avec quelques rares mastzellen.

Du côté de la croûte on voit la couche cornée, qui a été soulevée, se souder à des lits de pus et de fibrine desséchée; dans cette région la migration cellulaire à travers l'épiderme est déjà très atténuée; puis bientôt se reforme une nouvelle couche cornée, d'abord parakératosique, puis très rapidement normale.

Ces lésions sont donc très exactement celles de l'impétigo de Tilbury Fox.

Des ensemencements ont été faits avec le contenu louche de la bulle; les circonstances actuelles ne m'ont pas permis de retrouver les notes qui avaient été prises sur leur résultat. J'ai des raisons de penser que les cultures auront montré des staphylocoques et des streptocoques.

*
* *

Ainsi l'éruption que j'avais observée en 1898, et qui a servi de thème principal à cette étude, était bien un érythème, voisin mais cependant distinct de l'érythème polymorphe, et qui mérite, jusqu'à plus ample informé, de porter un nom spécial.

Je viens de montrer que diverses dermatoses classées (une forme d'eczématides, certaines dermatites herpétiformes frustes, et en quelque mesure même l'impétigo) peuvent réaliser un tableau clinique analogue et affecter une allure tout à fait comparables.

Est-il nécessaire de pousser plus loin l'examen du diagnostic différentiel de l'érythème papulo-circiné migrateur et chronique? Je ne le pense pas, si l'on veut bien prendre garde aux traits caractéristiques qui le distinguent et sur lesquels j'ai suffisamment insisté.

Qu'il me soit seulement permis, en terminant, de signaler quelques érythèmes annulaires qui sont d'un tout autre ordre.

J'ai vu des *érythèmes médicamenteux* et surtout des *éruptions sériques* se présenter sur le tronc et les premiers segments des membres sous forme d'anneaux plus ou moins nettement limités, à marche extensive; mais ils étaient ou plans, ou légèrement ortiés, et ne duraient que peu de jours.

Danlos (1) a présenté un *érythème annulaire chez une diabétique* de 50 ans, siégeant sur le tronc et la racine des membres. Il débutait par des taches ortiées qui en grandissant se transformaient en anneaux pouvant mesurer 6 et 8 centimètres de diamètre; ces anneaux se fu-

(1) DANLOS, Erythème annulaire et diabète, *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1901, p. 212, et *Annales de Dermatologie*, 1901, p. 431.

sionnaient par interférence en arcs festonnés. Mais leur saillie ortiée s'effaçait dès que l'élément avait atteint les dimensions d'une pièce d'un franc; l'éruption était très prurigineuse; elle datait de trois semaines et sa durée totale n'a pas été déterminée.

J'ai rencontré personnellement chez deux femmes d'âge mûr, diabétiques toutes deux, et l'une d'entre elles syphilitique, sur la hanche et sur la cuisse, des cercles de la grandeur de la main, à centre légèrement pigmenté, à bordure formée de nodules en chapelet, fermes et rosés, un peu élevés. Cette éruption qui s'agrandissait très lentement par progression excentrique, a été observée pendant plus de 3 mois dans un cas, environ 18 mois dans le second, puis les malades ont été perdues de vue. Bien qu'ils aient été cités dans le mémoire de Graham Little (1), ces deux cas n'ont à mes yeux rien à faire avec le granulome annulaire, non plus d'ailleurs qu'avec l'érythème papulo-circiné migrants.

Il est presque superflu de relever que la roséole syphilitique annulaire, que les érythèmes syphilitiques tertiaires, que les léprides circinnées, que les taches eczémato-lichéniennes prémycosiques, etc., qui peuvent prendre une disposition en anneaux et en arcs de cercles, présentent dans leur aspect morphologique et dans leur marche beaucoup plus de différences que d'analogies avec l'érythème papulo-circiné migrateur chronique.

Au total, et pour conclure, je dirai que la production sur la peau de grands anneaux et arceaux saillants, à progression excentrique très rapide, et incessamment renaissants, n'est pas le fait d'une espèce dermatologique unique. Ces caractères confèrent aux éruptions qui les présentent réunis une grande analogie apparente, et même un air de famille; et pourtant on peut les observer, ainsi que je l'ai fait voir, dans une variété d'érythème, dans une forme d'eczématide, dans la dermatite de Duhring fruste, etc. Il est parfaitement possible, et vraisemblable même, qu'on pourra rencontrer d'autres dermatoses encore affectant exceptionnellement la même configuration et la même allure.

(1) *Loc. cit.* (cases n° 40 and n° 44).

UN CAS DE DERMATOSE DE DARIER
(PSOROSPERMOSE FOLLICULAIRE VÉGÉTANTE)

Par J.-D. Kayser et le Dr P.-H. Schoonheid.

(de LA HAYE.)

Un cas de dermatose de Darier s'est présenté à la polyclinique du Dr Teljer. Nous exprimons à celui-ci notre reconnaissance pour les facilités qu'il a bien voulu nous accorder en vue de son étude.

Nous nous sommes décidés à publier ce cas en raison de la rareté de cette maladie surtout aux Pays-Bas.

La dermatose décrite en 1889 par Darier (1), sous le nom de psorospermo folliculaire végétante, est caractérisée par un trouble spécial dans les cellules épidermiques et par la présence de corpuscules que Darier (2) tenait pour des coccidies, c'est-à-dire des parasites de la famille des sporozoaires.

Les recherches approfondies entreprises depuis lors par différents auteurs, Bowen, Boeck, Buzzi et Miethke, Petersen, Doctor, Mourek, Jarisch, et d'autres, ainsi que par Darier lui-même, les amenèrent tous à la conviction que ces corpuscules caractéristiques sont des cellules épidermiques altérées qui doivent leur existence, au dire de Darier, à la dyskératose, c'est-à-dire à la kératinisation défectueuse et anormale de ces cellules. L'étude du cas qui nous occupe a confirmé cette manière de voir.

OBSERVATION. — J. H., charpentier, est âgé de 51 ans et a deux enfants, âgés de 14 et de 21 ans.

Pendant son enfance, il était maladif, de sorte qu'il n'a pas pu fréquenter l'école avant l'âge de 12 ans, et cela surtout, d'après ses dires, à cause d'une affection des yeux. De plus il aurait été atteint de la variole et du choléra.

La maladie dont il souffre actuellement a commencé à l'âge de 7 à 8 ans. Tout en ayant diminué parfois, elle n'a jamais complètement disparu. Il croit que sa mère, âgée de 71 ans, est atteinte de la même maladie, ce que nous n'avons pas pu vérifier.

Il souffre peu de sa maladie de la peau. Parfois il a des démangeaisons ; il transpire beaucoup aux aisselles et sur la poitrine.

État actuel au 31 août 1915. — On aperçoit sur une grande partie du corps

(1) DARIER, De la psorospermo folliculaire végétante. *Annales de dermatologie et de Syphiligraphie*, 1889.

(2) DARIER, Deux cas de la maladie dite : Psorospermo folliculaire végétante. *Atlas international des maladies rares de la peau*, août 1893, fasc. VIII.

du patient, et assez symétriquement distribuées, des papules de coloration rouge brun ou gris brun sale, recouvertes d'une croûte épaisse, cornée. Après avoir détaché celle-ci, ce qui se fait très facilement, on découvre une fossette présentant une légère sécrétion séreuse sanguinolente et quelquefois distinctement une substance grasseuse comme du sébum. Cette croûte est plus épaisse au centre et présente parfois, sur sa face adhérente, une proéminence conique qui s'enchasse dans une cavité de la papule en forme d'entonnoir. Un certain nombre de ces croûtes sont traversées par un poil ; d'autres présentent à leur milieu un point foncé ou noir. La papule a des dimensions variant de celles d'une tête d'épingle à celles d'une petite lentille. Les papules sont isolées ou bien elles confluent en nappes croûteuses au niveau desquelles la peau s'épaissit, et la surface devient rugueuse et hérissée de petites saillies. Sur le cuir chevelu elles se présentent sous forme de papules de coloration brun sale, en groupements très serrés. La calvitie précoce, qui date d'une vingtaine d'années chez le malade, est héréditaire et n'est pas une conséquence de la maladie actuelle. Les cheveux sont fins et ne sont pas implantés par bouquets. Quelques papules isolées se voient sur les tempes, dans la barbe et sur les joues ; les fosses nasales et les plis naso-géniaux en sont exempts. Dans les sillons rétro-auriculaires, elles confluent en une masse cohérente.

Dans les conduits auditifs externes on aperçoit des masses végétantes. C'est ce qui a conduit le médecin auriste à envoyer le malade à la polyclinique où l'on traite spécialement les maladies de la peau. La partie supérieure du cou n'est pas atteinte. Dans les creux sus-claviculaires, on constate des papules isolées de dimensions très variées. Sur le sternum il y a une nappe de croûtes et de squames, entourée de papules isolées. Entre l'ombilic et la région génitale et plus bas jusqu'à la partie interne des cuisses, on rencontre des papules en grand nombre ; vers les aines elles constituent une masse cohérente, de surface irrégulière où les papules sont plus saillantes et de dimensions plus grandes qu'ailleurs. Les parties génitales sont intactes. Le dos est entièrement couvert de papules et spécialement la gouttière interscapulaire, les flancs, ainsi que les fesses (voir figure 4).

Les papules qui se trouvent dans la région ombilicale et le long de la colonne vertébrale sont rouges ; par contre, elles sont brunes dans les régions latérales du dos et sur les faces antérieures et postérieures des cuisses.

En ce qui concerne les extrémités, on rencontre aux aisselles des papules isolées ; au milieu de la face externe de chaque bras et symétriquement placée, se voit une tache irrégulière de la grandeur d'une pièce de cinq francs couverte de papules isolées de dimensions diverses. Sur la face antérieure des avant-bras, se trouve une tache plus petite de la grandeur d'une pièce de deux francs, couverte de papules isolées très serrées ; sur la face extérieure de l'avant-bras droit, environ au milieu, est une tache pareille, plus grande et couverte de papules très dures.

Sur la face postéro-externe des cuisses on remarque de grandes plaques cohérentes et sur les creux poplités, des papules isolées.

Les placards sont généralement secs. En les comprimant, on ne fait pas sourdre de sécrétion purulente. Leur surface est saillante en raison de la présence des croûtes et des squames qui y sont très adhérentes. Quand

on a détaché cet enduit on découvre une surface inégale, couverte de sécrétion sanguinolente séreuse ou d'une substance grasseuse (sébum).



Fig. 1.

Les ongles des mains sont striés en long et cassants. Les régions palmaires ne présentent pas de durillons comme on serait en droit de s'y attendre chez un ouvrier. La peau, entre les régions atteintes, a un aspect gris sale comme si elle n'était pas lavée. Les muqueuses sont intactes. On

constate une tuméfaction très nette des ganglions dans les régions du cou, des aisselles et des aines.

Les fonctions organiques sont normales; on ne constate notamment aucun symptôme de cancer viscéral. L'analyse de l'urine ne révèle la présence ni d'albumine ni de glucose. L'état général est bon.

Examen histologique. — Nous avons excisé à l'épaule une efflorescence que nous avons fixée immédiatement dans la liqueur de Müller et incluse ensuite dans la celloïdine.

Parmi les différentes méthodes de coloration nous croyons pouvoir recommander celle de Van Gieson, après coloration à l'hématoxyline (hématoxyline à l'alun) plus forte que d'ordinaire. Les colorations à l'hématoxyline-éosine, au picrocarmin, cresylechtviolet et au bleu polychrome méthylène, ne nous ont pas fourni de préparations démonstratives.

Conformément aux données de la clinique, c'est l'étude de l'hyperkératose qui a surtout attiré notre attention. L'épiderme est épaissi dans son ensemble; en raison de son développement excessif, les papilles sous-jacentes sont dilatées, fissurées et présentent des formes capricieuses. L'hyperkératose qui existe sur toute la surface de la papule paraît s'être développée surtout dans les orifices des follicules et des glandes; il se forme en certains endroits des conglomérats (rete cone plug Lustgarten); par la suite les follicules sont dilatés et la masse cornée pénètre dans la substance cutanée comme un coin (follicle plug Lustgarten).

Ce qui frappe surtout, c'est l'épaississement de la couche cornée; dans les couches supérieures la substance cornée se compose de lamelles cornées aplaties et dépourvues de noyau, qui se colorent d'une façon diffuse par l'hématoxyline ou l'acide picrique; mais on y trouve aussi de petites stries, ressemblant à de gros bacilles, qui sont les restes de noyaux encore existants. Dans la couche sous-jacente on aperçoit un réseau de cellules dépourvues de noyau qui apparaissent, quand on les voit sous un fort grossissement, comme de grandes cellules sébacées, ou des cellules cornées dépourvues de noyau et très réfringentes; quelques-unes ont encore un noyau gonflé, en position centrale ou excentrique.

La constitution du noyau, sa position, le protoplasma granuleux qui l'entoure et la membrane de ces cellules, offrent différents aspects sur lesquels nous reviendrons plus loin; les plus nets sont deux types, décrits par Darier. Ce sont les « corps ronds », cellules plus grandes, avec noyaux plus grands et protoplasma plus granuleux; à côté se trouvent des cellules situées plus superficiellement (pas toujours), qui ont un protoplasma moins granuleux et un noyau plus petit; Darier donne à ces dernières le nom de « grains ».

Sur différentes coupes on peut suivre les altérations cellulaires du corps muqueux de Malpighi qui aboutissent à la formation des cellules que je viens de spécifier. Les cellules de la couche basale, qui sont très faciles à reconnaître grâce à leur plus forte teneur en pigment, ne présentent d'ailleurs pas la moindre altération, pas plus de leur noyau que de leur constitution générale. La tendance à la kératinisation plus ou moins irrégulière devient plus nette au fur et à mesure qu'on considère des couches plus superficielles. Le nombre des cellules altérées dans leur forme, leur

ordination, leur constitution et en voie de kératinisation, va en augmentant de la couche basale aux couches supérieures.

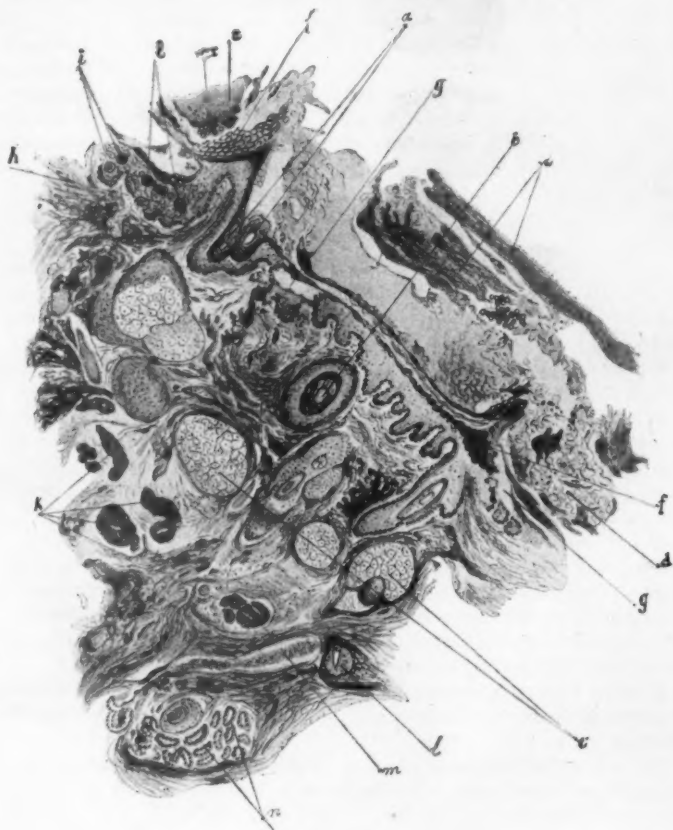


Fig. 2. — Oculaire II, objectif A. Zeiss, grossissement 50.
Distance de l'objet 250 m/m.

a, follicules pileux ; — b, coupe transversale d'un poil entouré de ses gaines ; — c, glandes sébacées ; — d, couche cornée épaissie ; — e, lamelles cornées avec restes de noyaux (grains aplatis) ; — f, stratum granulosum hypertrophié et dyskératose partielle ; — g, lacunes entre le stratum granulosum et le corps muqueux de Malpighi ; — h, grains ; — i, corps ronds ; — k, coupe transversale de faisceaux musculaires lisses ; — l, coupe transversale d'un vaisseau sanguin à parois épaissies ; — m, infiltration de petites cellules autour d'un vaisseau sanguin ; — m₁, infiltration de petites cellules entre les lamelles cornées et le stratum granulosum ; — n, glandes sudoripares autour d'un poil, coupe transversale.

Dans les cellules du stratum spinosum, qui présentent un bord plus net, un changement de forme et de disposition, on constate corrélativement des

modifications de structure de la cellule, tant en ce qui concerne le noyau qu'en ce qui concerne le protoplasma qui l'entoure.

Nous n'avons pas toujours pu confirmer qu'un épaississement du stratum granulosum allait de pair avec le processus de kératinisation hâtive. La plupart des auteurs, à l'exception de Mourek, décrivent au contraire cette relation comme constante. Nous avons au contraire constaté qu'un stratum granulosum mince peut coexister avec une couche cornée très développée. Parfois nous avons remarqué, en cas d'absence de couche intermédiaire, une transition directe entre les cellules du rete Malpighi et le stratum granulosum. D'autres fois ces deux couches étaient séparées par des espaces appelés *lacunes*, lesquels contenaient quelquefois des amas de leucocytes et des filaments de fibrine. Nous reviendrons plus loin sur leur signification.

Les cellules du stratum granulosum présentent également des altérations du genre de celles que nous avons vues dans le réseau de Malpighi; nous y avons trouvé des formes qui rappellent les « corps ronds » et les « grains » de Darier.

Autour des vaisseaux du derme il y a des infiltrations de leucocytes, qui sont là comme témoins de phénomènes d'inflammation.

Nous n'avons pas constaté dans les lacunes la présence des amas de pigments sanguins décrits par Darier; sur ce point nous sommes d'accord avec Mourek. Nous n'avons pas remarqué d'altérations spéciales du tissu élastique par suite de l'épaississement de l'épiderme et des modifications des papilles qui l'accompagnent. Il nous serait difficile de prétendre que le grand nombre de glandes sébacées et sudoripares que nous avons constatées dans nos préparations soit en corrélation directe avec les altérations de la peau, en d'autres termes, qu'il y aurait là une véritable hyperplasie; pour pouvoir le dire il nous aurait fallu examiner également des efflorescences provenant d'autres parties du corps. Le fait certain c'est qu'il n'y avait pas d'hypertrophie de ces glandes.

Étudiées à un grossissement plus fort, les lésions des grandes cellules et notamment de leur noyau et de leur protoplasma sont encore plus remarquables.

Les noyaux se distinguent dans les différentes cellules tant par leur situation centrale ou périphérique que par le nombre de leurs corpuscules nucléaires, leur forme ronde, vésiculaire ou ovale et par la présence de vacuoles. Le protoplasma offre une constitution granuleuse tantôt plus fine, tantôt plus grossière. Certaines cellules ont un noyau avec des corpuscules nucléaires, mais pas de protoplasma granuleux; celui-ci est remplacé autour du noyau par une zone homogène très réfringente. Entre le noyau et la membrane de la cellule on trouve parfois une double membrane séparée par une matière très réfringente ce qui donne l'impression de corpuscules de cartilage, ou parfois de véritables perles épithéliales telles que nous en avons rencontrées dans un épithélioma. Les cellules munies d'un grand noyau, parfois vacuolé et entouré d'une couche grossièrement granuleuse de protoplasma (éléidine) attirent tellement l'attention par leurs dimensions, leur constitution caractéristique et leur position parmi d'autres cellules malpighiennes ou complètement kératinisées, qu'on serait vraiment tenté de croire, à un examen superficiel, qu'on a affaire ici à des

coccidies ; il faut une étude comparative et minutieuse pour reconnaître l'origine exacte et la signification de ces éléments.

Au cours de cet examen minutieux on arrive à la conviction que chaque

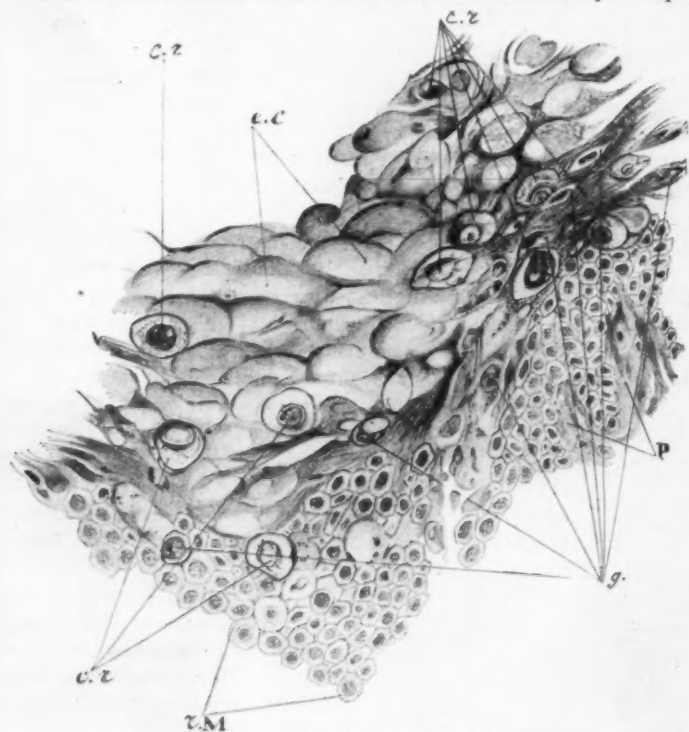


Fig. 3. — Oculaire II, objectif F. Zeiss. Grossissement 585.

c.c., cellules épidermiques cornées sans noyau ; — g., grains ; — c.r., corps ronds ; — r.M., corps muqueux de Malpighi. — P. papilles.

cellule de ce genre exige une véritable analyse afin de reconnaître qu'il s'agit bien là d'une cellule épithéliale altérée avec son noyau, son protoplasma et sa membrane nucléaire, et non d'une coccidie avec spores. L'étude approfondie des différentes cellules fait apercevoir les formes de transition par lesquelles il semble qu'on les voie se développer lentement à partir d'une cellule épithéliale normale et par l'effet d'un processus de kératinisation hâtif et anormal. Que ces altérations soient dues à ce processus, cela ressort non seulement du mode de leur formation mais aussi de leurs caractères de coloration.

Diagnostic. — La maladie qui nous occupe est donc une forme

d'hyperkératose qui a fait son apparition dès la première enfance et qui a persisté depuis lors. L'aspect caractéristique des efflorescences, c'est-à-dire des papules qui sont recouvertes d'une croûte facile à enlever et enchassée dans la peau par une proéminence conique ; la topographie de l'éruption et notamment sa présence dans les conduits auditifs, qui a spécialement attiré notre attention à cause de la rareté de cette localisation ; de plus, sa disposition symétrique, l'altération des ongles, ainsi que l'analogie de la constitution microscopique des papules, peuvent faire diagnostiquer que le malade est atteint de la maladie que Darier a décrite et dénommée d'abord psorosperme folliculaire végétante.

Kaposi, Neisser, Hallopeau, Rille (1) et Joseph considèrent cette maladie comme étant de la famille de l'acanthosis nigricans. Kaposi (2) préférerait l'appeler *keratosis nigricans*, parce que ce n'est pas le *stratum spinosum* mais la peau tout entière qui est le siège des altérations.

Doctor (3) la considère comme une « variété de l'ichtyose vulgaire » et Biedenkopf l'envisage comme étant une forme lichénienne.

Boeck (4) attache une grande importance à l'altération des ongles, qui existait en effet dans notre cas ; Schwimmer, Jarisch, Fabry par contre, n'ont pas constaté cette altération.

Dans les cas que Darier (5) a décrits, la maladie est apparue à l'âge de 17, 18, 27 et 33 ans ; Doctor au contraire dans les deux cas qu'il rapporte, ainsi que Pawloff, Buzzi et Miethke l'ont constatée peu de temps après la naissance.

L'*acanthosis nigricans* présente des localisations presque identiques : le cou, le cuir chevelu, les régions mammaires, l'anus, les grandes articulations (les aisselles, les aines) ; elle donne lieu à une plus forte pigmentation ; en général elle présente une végétation abondante et est toujours accompagnée de l'existence d'une tumeur maligne interne (carcinome).

Nous pouvons exclure avec certitude tout soupçon de ce genre dans le cas qui nous occupe, parce qu'après une durée si longue de la maladie, des phénomènes sérieux n'auraient pas manqué de se produire. De plus dans l'*acanthosis nigricans* il n'y a pas de desquamation, ni de croûtes et pas de bouchons folliculaires.

L'ichtyose apparaît généralement dans la première enfance ; il est vrai que la *maladie de Darier* a été aussi constatée à cette époque,

(1) RILLE, Ueber *Acanthosis nigricans* und Darier'sche *Psorosperme* *Archiv f. Dermatologie*, 1896, t. XXXVII.

(2) KAPOSI, *Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten*, tome II.

(3) DOCTOR, Ueber das Verhältniss der Darier'schen Krankheit zur *Ichthyosis*. *Archiv f. Dermatologie*, 1898, t. XLVI.

(4) BOECK, Vier Fälle von Darier'schen Krankheit. *Archiv f. Dermatologie u. S.*, 1891, XXII Jhrg.

(5) DARIER, *La Pratique dermatologique*, t. 4.

mais dans l'ichtyose on ne rencontre pas les véritables papules caractéristiques. En outre Darier fait une distinction entre les efflorescences primaires de ces deux maladies ; d'après nous, tout en admettant que les croûtelles dans les cas d'ichtyose sont plus adhérentes et d'une autre consistance, elles ne diffèrent pas beaucoup.

L'ichtyose se localise de préférence sur les faces d'extension, de sorte que ce sont les parties externes ou dorsales des articulations qui sont atteintes, tandis que dans la maladie de Darier ce sont les plis de flexion des articulations qui sont affectés.

Brooke a décrit un cas de *keratosis follicularis contagiosa*, qui d'après Neisser et Jadassohn peut être comparé à un lichen pilaris, tandis que d'après White et Bowen il se rapprocherait de la maladie de Darier. Morrow range également dans cette catégorie l'ichtyosis pilaris de Lesser.

On y remarque une hyperkératose folliculaire véritable avec petits points noirs, qui se développent en saillies pointues et s'entourent d'une papule brune. Ces papules peuvent se développer et former de grandes nappes, tandis que la peau voisine est particulièrement sèche, brunâtre et d'une pigmentation diffuse et offre un aspect losangé. Les localisations sont surtout le cou, le pli axillaire postérieur et, symétriquement, les faces postéro-externes des bras. Les cônes kératosiques sont très adhérents et consistants. L'affection guérit spontanément en quelques mois, ce que l'on dit également possible parfois pour certaines taches de la maladie de Darier.

On voit alors se produire tout au moins localement, selon Brooke après l'action de l'acide pyrogallique, ou d'après Buzzi, Miethke et Schwimmer sous l'action du sublimé phéniqué, une involution complète des efflorescences. Brooke conclut à la contagiosité de la maladie décrite par lui, parce qu'il a constaté que quatre enfants d'une même famille et plus tard deux d'une autre famille en ont été atteints. Cette affection se distingue de la maladie de Darier par son acuité.

Kaposi, dans son traité, dit qu'au point de vue clinique, le processus de la maladie de Darier représente « en réalité une kératose » ; Mendes da Costa de son côté l'appelle tout court « kératose de Darier », actuellement, en général, on lui donne le nom de *maladie de Darier*.

Nous avons signalé déjà, en faisant l'analyse de nos préparations microscopiques, combien il serait inexact de considérer comme parasitaires les éléments décrits, et par conséquent de conserver à la maladie son premier nom de psorosperme. Nous donnons ci-après un aperçu succinct des opinions sur ce point. C'est à bon droit que Janowski dit dans le manuel de Mracek des maladies de la peau : « Les résultats de la biopsie sont incontestablement les plus intéressants et les plus discutés. »

D'après Kaposi, les examens histologiques de Ribbert, Noeggerath et

autres ont prouvé que les corpuscules de Darier, si discutés, sont les mêmes que ceux dont Virchow avait régulièrement constaté la présence 50 ans auparavant, dans les végétations épithéliales atypiques du carcinome et qu'il a décrits comme des dégénérescences de noyaux. Jusqu'à ce jour la manière de voir de Virchow paraît très exacte, non pas seulement parce que la présence de ces corpuscules a été constatée dans un certain nombre d'autres affections, où se présentent des végétations épithéliales atypiques, mais parce que leur signification est encore comprise dans le sens indiqué par Virchow. C'est ainsi qu'on les trouve dans différents autres processus hyperkératosiques; par exemple, d'après Unna, dans les cas de corne cutanée et d'onychogryphose cités par Buzzi et Miethke (1); selon Fabry (2) dans des cas d'épithéliomes hyperkératosiques; selon Petersen (3) dans des cas de lupus verrucosus et de condylomes acuminés; selon Pullerker dans des cas de trichorrhéxis; selon Rille dans des cas de lupus vulgaire papillo-hypertrophique, dans des cas de verrue sénile, de syphilides ulcéreuses, de leucoplasie buccale, etc. Unna les trouva en outre dans des cas de lupus érythémateux, de lichen ruber planus; Ehrmann dans des cas de pemphigus, et Kiener dans des hyperplasies inflammatoires.

On rencontre des corpuscules pareils dans le molluscum contagiosum, ce qui poussa Neisser, de même que Bollinger, à proposer pour cette maladie le nom d'epithelioma contagiosum; son caractère parasitaire a été suffisamment combattu par Török et Tommasoli. Wickham les retrouve également dans la « maladie de Paget » et les considère comme des parasites, ce en quoi il fut également contredit par Török et Tommasoli.

Enfin, nous pourrions en appeler à une série de communications relatives aux corpuscules semblables qui ont été rencontrés dans des carcinomes; cela nous conduirait à rappeler les nombreuses discussions concernant les « corpuscules du cancer »; la question, nous semble-t-il, a été éclairée surtout par l'étude minutieuse et étendue que Pianese (4) a faite à ce sujet.

Tommasoli (5) a décrit et reproduit ces corpuscules dans un cas d'épithéliome verruqueux; il leur dénie le caractère parasitaire, de même qu'il le fit lors de la découverte de corpuscules pareils dans

(1) BUZZI u. MIETHKE, Ueber die Darier'sche Dermatoze. *Monatshefte f. praktische Dermatologie*, 1891, Bd XII.

(2) FABRY, Ueber Psorospermien bei Hautkrankheiten. *Archiv f. Dermatologie*, 1893, Bd XXVI.

(3) PETERSEN, Ueber die sogenannte Psorospermose bei der Darier'schen Krankh. *Centralblatt f. Bacteriologie u. Parasitenkunde*, 1893, Bd XIV.

(4) PIANESE, Ergänzungsheft. Histologie u. Aetiologie des Carcinoms. *Ziegler's Beiträge z. pathologischen Anatomie*, 1896.

(5) TOMMASOLI, Ueber einen Fall von Epithelioma verrucosum abortivum nebst einem Beitrage z. Studium der Psorospermosen. *Archiv f. Dermatologie*, 1893, t. XXVI.

l'épithélioma molluscum avec Török, et dans un cas de pityriasis rubra par lui seul. Pianese a donné, juxtaposées et colorées par des méthodes personnelles, des reproductions de coupes du foie d'un lapin où se trouvaient des coccidies typiques, et de coupes d'un cancer mammaire avec des altérations de cellules d'apparence analogue. On apprend ainsi à distinguer la fine et belle structure du coccidium oviforme muni d'un noyau central et d'un grand nombre de grains disposés en cercles concentriques d'où naissent des spores réelles, d'avec la constitution des nombreux produits du carcinome décrits comme des pseudococcidies. Pianese montre que la série des « corpuscules du cancer », décrits dans le cancer entre autres par Soudakewitch, Foa, Thoma, Sjöbring, Ruffer, Plumer, Walker et autres ne sont pas des microorganismes. Il se tient pourtant sur une plus grande réserve au sujet des « corpuscules de fuchsine » dits corpuscules de Russel.

Le travail de Petersen, qui, d'après Pianese, étudia le premier la kératinisation dans les cellules du cancer, a prouvé que ces produits de dégénération doivent être rangés dans la catégorie des pseudococcidies de Darier.

La formation de kératohyaline dans les cellules fait naître deux zones différentes qu'on distingue par leurs réactions colorantes et par leur indice de réfraction : c'est la zone périnucléaire et la zone périplasmique ; c'est ainsi que naît l'apparence d'une coccidie avec membrane et noyau. Par suite de la désaggrégation de la zone périnucléaire et la dispersion de la substance nucléaire en grains dans le protoplasme, apparaît la pseudo-coccidie avec sa membrane, c'est-à-dire la zone périprotoplasmique fortement réfringente de kératohyaline et les grains de chromatine qui semblent des spores. Cette étude fut encore plus approfondie par Fabre-Domergue qui, d'après leur manière de dégénérer, put distinguer quatre types de cellules. Jarisch(1), d'accord avec la conception de Virchow, et se basant aussi sur une opinion émise par Spencer, prétend que les formes de ce genre qu'on rencontre dans la maladie de Darier ne proviennent pas de modifications qui se produisent dans toute la cellule, mais qu'elles prennent leur point de départ dans le noyau. Le noyau augmente de volume et contient des corpuscules nucléaires également agrandis. La cellule présente alors un noyau, dans lequel on peut encore colorer les corpuscules nucléaires par l'hématoxyline, alors que le corps cellulaire peut être occupé par le restant du noyau devenu acidophile. Ces produits ou bien deviennent libres dans les couches superficielles, et apparaissent alors comme des

(1) JARISCH, I. Bericht über die Verh. des V Congress der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Graz. *Archiv f. Dermatologie*, 1896, t. XXXIV. — II. Z. r. Kenntniss der Darier'schen Krankheit, 1895, t. XXXI. — Soit dit en passant, d'après Jarisch, le « Hornschichtpigment » naît des corpuscules nucléaires des cellules dégénérées.

grains de Darier, ou bien sont enfermés par kératinisation de la partie de la cellule encore existante dans une membrane, et ce sont des corps ronds.

De même que Darier, Miethke et Buzzi, et Boeck, et d'après les mêmes méthodes, Mourek (1) a fait des préparations fraîches, qui lui donnèrent également des résultats douteux. Il est arrivé comme ses prédécesseurs à la conclusion que la culture de ces corpuscules en dehors du corps, est impossible. Des expériences d'inoculation ne réussirent pas mieux; on ne put y découvrir un seul parasite spécifique; des inoculations faites sur le sujet lui-même restèrent sans effet. En opérant par un procédé de digestion artificielle (dans une chambre humide à une température de 38°) au moyen d'une solution de demi pour 100 de pepsine dans de l'eau et un peu d'acide chlorhydrique, il ne put constater aucun changement après plusieurs jours; c'est pourquoi Mourek, ainsi que d'autres à la suite des résultats microscopiques, ont considéré les corpuscules de Darier comme des éléments cornés, ou plutôt des cellules épithéliales incomplètement kératinisées.

Citons pour terminer les expériences de Rixford et Gilchrist et celles de Gilchrist (2) seul dans deux cas indiscutables d'infection de la peau par protozoaires (coccidies) et dans deux cas prouvés de blastomycose cutanée, où on trouva à côté de véritables protozoaires les formes de cellules épithéliales dégénérées ci-dessus décrites.

Les raisons que nous avons fournies nous semblent suffisantes pour qu'on comprenne pourquoi Darier a abandonné son opinion primitive, selon laquelle dans la maladie dont il avait donné la description, on avait affaire à des coccidies, opinion qui avait eu l'appui de zoologistes tels que Malassez et Balbiani; il a reconnu que les éléments litigieux doivent leur origine aux cellules épithéliales.

Nous ne devons pas être surpris d'autre part que Darier affirme que l'examen microscopique permet de confirmer un diagnostic clinique hésitant. Jadassohn (3) dans une traduction du traité de Darier, ajoute cependant « pas avec toute certitude ». Jarisch (4) va encore plus loin et prétend qu'on ne doit diagnostiquer la maladie de Darier qu'au moyen du microscope. Cette opinion a été naturellement combattue (Neisser,

(1) MOUREK, Ein Beitrag zur Lehre von der Dermatitis Darier's. *Archiv f. Dermatologie*, 1894, t. XXVII.

(2) *Archiv f. Dermatologie*, 1897, t. XXXVIII Refer. — a) Rixford und Gilchrist Two cases of protozoan (coccidioidal) infection of the skin and other organs. — b) Gilchrist, A case of blastomycet dermatitis in man. — c) Gilchrist, Comparisons of the two varieties of protozoa and the blastomycet found in the preceding cases, etc.

(3) JADASSOHN, *Grundriss der Dermatologie von J. Darier*, 1913.

(4) JARISCH, Demonstrat. microsc. Präparate eines Falles von Darier'scher Dermato-
tose. *Archiv f. Dermatologie u. S. t.* XXXIV, 1896.

Herxheimer, Schwimmer). Doctor (1), qui ne considère pas la maladie de Darier comme une entité morbide spéciale, mais comme une « variété de l'ichtyose », ne l'admet pas non plus et cela surtout parce qu'on a décrit des cas de maladie de Darier où les corpuscules spécifiques ont fait défaut. Dans les cas qu'il a rencontrés ainsi que dans ceux de Joseph et Neisser, on retrouva absolument les caractères cliniques et microscopiques de la maladie de Darier à l'exception pourtant des corpuscules spécifiques en question. De plus dans ces cas existait de la parakératose, c'est-à-dire des noyaux dans la couche cornée avec absence partielle du stratum granulosum. Kaposi (2), tout en reconnaissant les mérites de Darier, a dit à l'occasion de la présentation par Neumann d'un cas de kératosis follicularis (White) que jamais il n'avait rencontré de corpuscules pareils, c'est-à-dire de coccidies.

En l'absence de toute donnée sur l'étiologie de la maladie de Darier, Pawloff crut pouvoir la considérer comme une trophonévrose.

Bien que nous reconnaissions que notre cas personnel n'est pas absolument probant à cet égard, nous croyons pourtant, d'accord avec Jarisch (3), Hallopeau et d'autres, qu'on ne saurait nier l'influence de la séborrhée. Jarisch attire l'attention sur le fait que la coexistence d'un eczéma séborrhéique ou d'une séborrhée du cuir chevelu a été observée dans presque tous les cas. D'après lui cette coïncidence n'est pas accidentelle, d'autant plus que la maladie de Darier occupe les localisations de choix de l'eczéma séborrhéique et que dans les deux maladies on rencontre des sueurs abondantes (Boeck). C'est probablement pour ce motif que le remède spécifique de la séborrhée, à savoir le soufre, a une action favorable dans la dermatose de Darier.

Avant de terminer nous désirons dire encore un mot au sujet des « lacunes » que nous avons observées dans nos préparations microscopiques. Ces lacunes, qu'il ne faut pas confondre avec les vacuoles intracellulaires de Rille (4) et d'autres (et dont cet auteur dit « qu'elles ont été à tort considérées comme des psorospermies »), sont généralement des interstices vides séparant le stratum granulosum du corps muqueux de Malpighi. Boeck (5) explique leur origine par un processus de kératinisation trop précoce, ce qui provoque des troubles dans la cohésion de certain-

(1) Doctor, *ibid.* — Nous rappelons également que Joseph prétend que l'acanthosis nigricans et la dermatose de Darier sont proches parentes et que Neisser classe cette dernière keratose, même quand on y trouve des psorospermies, dans le même groupe que l'acanthosis nigricans, la keratosis follicularis punctata et striata, et certaines formes d'ichtyose atypiques.

(2) Verhandlungen d. Wiener dermatologischen Gesellschaft. *Archiv f. Dermatologie*, p. 280, t. XXXIV.

(3) JARISCH, Zur Kenntniss der Darier'schen Krankheit. *Archiv f. Dermatologie u. Syph.* 1893, t. XXXI.

(4) RILLE, *Ibid.*

(5) BOECK, *Ibid.*

nes cellules. Buzzi et Miethke (1) les considèrent comme résultant d'un processus exsudatif et de là vient qu'on y trouve des leucocytes et des filaments fibrineux (comme nous en avons constaté également) et des amas de pigment sanguin. Pawloff (2) estime que ces processus contribuent tous les deux à la formation de ces lacunes, tandis que Mourek (3) prétend qu'une nécrose colliquative n'y est pas non plus étrangère. D'autres enfin les considèrent plutôt comme artificielles, et résultant des réactifs employés (Petersen, Fabry) ou encore d'influences mécaniques qui ont agi sur la couche cornée (Jarisch « Hornblock »).

Traitement. — Nous avons appliqué une pommade sulfureuse (10 pour 100 de soufre; 2 pour 100 d'acide salicylique, dans de la vaseline américaine), tout en administrant, comme traitement interne, des pilules asiatiques (2,5 milligrammes d'acide arsénieux par pilule, 3 pilules par jour).

Le résultat fut peu apparent; le malade avait moins de démangeaisons et se sentait en général mieux. Butrowsky a obtenu, par un traitement arsenical, un succès remarquable. Ritter, au contraire, recommande le traitement par les rayons X.

En général, on considère la maladie comme incurable, bien que le pronostic quoad vitam soit plutôt bon et que l'état général ne souffre pas. Darier lui-même dit: « l'éruption ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel, ni d'aucun symptôme subjectif, à peine d'un léger prurit au moment des sudations. »

(1) BUZZI U. MIETHKE, cf. *ibid.*

(2) PAWLOFF, Zur Frage der sogenannten Psorospermose folliculaire végétante. *Archiv f. Dermatologie, Ergänzungsheft* 1893.

(3) MOUREK, *ibid.*

NOTE SUR LE *TRICHOPHYTON LUXURIANS*, NOUVELLE
ESPÈCE, A CULTURE FAVIFORME, PRODUISANT DES KÉRIONS

Par J. Brault,

Professeur de Clinique dermatologique à la Faculté de médecine d'Alger.

Au mois de juillet 1914, j'ai déjà donné une description de cette nouvelle espèce dans une communication faite à la Société de dermatologie, en collaboration avec mon préparateur M. A. Viguier; mais il s'agissait d'une note un peu succincte.

Après en avoir été empêché un certain temps par les événements, je tiens à revenir ici, avec plus de détails, sur les caractères de ce nouveau trichophyton et, en particulier, sur sa disposition dans le cheveu, avec dessin à l'appui.

Clinique et examen microscopique. — Le champignon en question a été trouvé par nous, dans des *kérions typiques*, mais à macarons d'assez fortes proportions, assez douloureux aux attouchements, et très suppurants.

Ces *kérions* siégeaient sur le cuir chevelu de deux jeunes enfants de la même famille (1).

Ces enfants étaient nés à Alger et n'avaient jamais quitté la localité.

Au point de vue de l'origine de la contamination, nous n'avons pu obtenir aucun renseignement précis.

Nous avons examiné un certain nombre de cheveux cassés, longs de 7 à 8 millimètres.

Ces cheveux traités par la potasse à 40 pour 100 se montrent envahis par le parasite seulement dans leur partie basse.

Dans un premier étage supérieur on rencontre à l'intérieur du poil des filaments mycéliens irrégulièrement septés, tantôt rectilignes et tantôt un peu flexueux, ces éléments ne sont pas très abondants, surtout dans la partie haute de cet étage.

Au-dessous dans l'étage inférieur, le cheveu est entouré de spores volumineuses qui ne sont plus ordonnées en files, mais disposées en mosaïque. En dehors de ces éléments arrondis, serrés, tassés par places, on rencontre des filaments à peine septés qui rampent au milieu de cellules épidermiques.

(1) Il s'agissait de deux frères, le premier âgé de onze ans présentait plusieurs *kérions* dans les régions occipitale et temporo-pariétale droite; le second était âgé de cinq ans et portait un seul *kérion* dans la région occipitale. Voir pour les observations cliniques *Bulletin de la Société française de Dermatologie*, 2 juillet 1914, p. 401.

Certains cheveux sont envahis par des bulles d'air, comme les cheveux faviques.

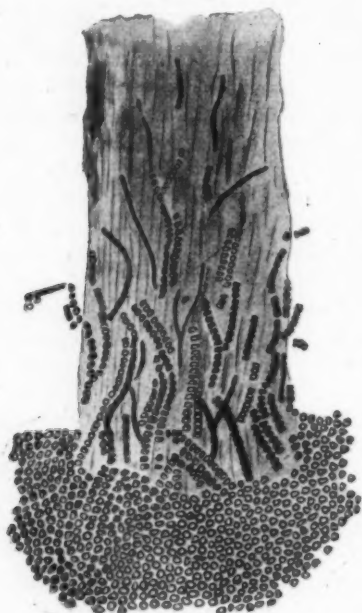


Fig. 1. — Disposition du trichophyton luxurians dans la partie basse du cheveu. Dans ce dessin fait d'après une préparation microscopique, les filaments mycéliens ont été représentés un peu gros, par rapport aux spores.

Le mycélium mesure $2\mu,4$ en moyenne et les spores 5 à 7μ . (Voir le dessin ci-joint, pour la disposition du parasite dans le cheveu).

Inoculation. — Afin d'obtenir des cultures pures (car de nombreux staphylocoques pullulaient à côté du champignon), nous avons dû implanter des cheveux malades dans la peau de cobayes. De cette façon nous avons obtenu des inoculations positives (1); poils et squames étaient envahis par le parasite. Ces élémentsensemencés nous ont donné des cultures pures, dont nous allons maintenant donner la description.

Cultures. — A la température de 28 degrés, nous avons fait des cultures sur les milieux de Sabouraud.

(1) Ces premières inoculations avec le cheveu même ont donné une forte réaction au cobaye : squames engainant les poils, lésions érythémato-squameuses, infiltration cutanée, croûtelles sanguines.

Ces cultures qui sont déjà très appréciables au bout d'une huitaine de jours se développent d'emblée infiniment plus rapidement que celles des autres trichophytons de la même série ; par la suite, elles acquièrent aussi un développement tout à fait inusité et finissent par recouvrir toute la surface de la gélose dans les matras, en l'espace de quelques semaines.

Les cultures en tube ou en matras sur gélose maltosée, surtout *favi-formes* au début, sont cireuses ; à ce moment elles présentent une



Fig. 2. — *Trichophyton luxurians*, culture en goutte pendante.

teinte plutôt jaunâtre, elles sont vermicellées et montrent par places de petites cupules trouées qui disparaissent ensuite.

Plus tard, elles se dessèchent et deviennent gris jaunâtre ; le centre de la culture montueux forme en général un mamelon arrondi, assez saillant au-dessus du milieu, sa surface est inégale, tourmentée, vermicellée, granulée : au pourtour, la culture plissée est découpée en secteurs un peu inégaux, par de nombreuses cannelures radiées. Enfin tout à fait à la périphérie, on observe un très court duvet (1).

Culture en goutte pendante. — En goutte pendante, nous n'avons obtenu que des formes de souffrance, sans organes de fructification ; on voit simplement des renflements le long des filaments mycéliens et à leurs extrémités ; en certains points, on observe de véritables petites chainettes d'éléments ovoïdes, tous ces détails sont très visibles sur la figure ci-jointe dessinée d'après une préparation.

Rétro-inoculation. — Nous sommes repartis des cultures et nous

(1) Certaines cultures en matras arrêtées par le formol se sont progressivement foncées et sont arrivées à la longue à prendre une teinte brun chocolat.

avons inoculé des cobayes neufs; ici, la réaction a été moins vive qu'avec l'inoculation du cheveu: nous n'avons obtenu que des placards squameux agglutinant les poils; en examinant ces derniers, nous avons retrouvé le mycélium à l'intérieur, et des spores autour, à leur base.

Conclusions. — Nous eussions voulu étudier plus longuement ce champignon, en variant en particulier les milieux, de façon à déceler peut-être ses fructifications, malheureusement les circonstances ont interrompu brutalement les recherches que nous venons de résumer.

Nous rangeons le trichophyton en question dans le groupe des *faviformes*, en raison de ce que nous avons dit de ses cultures au début, en raison de sa disposition si nette dans le cheveu qui montre bien qu'il s'agit d'un *mégaspore ectothrix* et enfin même en raison des caractères frustes que nous révèle son étude mycologique.

Dans le groupe des faviformes, nous n'avons pu rapporter ce champignon à aucune des espèces connues. D'ailleurs, nos cultures ont été soumises à la haute compétence de M. Sabouraud. Ce dernier nous a nettement déclaré que nous nous trouvions en face d'une nouvelle espèce et nous a engagés à l'étudier et à la dénommer.

C'est pourquoi, nous basant sur le développement tout à fait inusité du parasite, vis-à-vis de celui de ses congénères actuellement connus, nous avons proposé de lui donner le nom de: *Trichophyton luxurians*.

RECUEIL DE FAITS

SUR UN CAS D'URTICAIRE PIGMENTAIRE TARDIVE ASSOCIÉ A UN PYTYRIASIS ROSÉ

par A. Cassar,

Interne des hôpitaux.

(TRAVAIL DE LA CLINIQUE DE DERMATOLOGIE DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE.)

P... René, employé de bureau, âgé de 45 ans et demi, né à M... (Ardenes), ne présente rien de remarquable dans ses antécédents. Il a deux sœurs, dont l'une est anémique. Lui-même a eu la rougeole à six ans et pas d'autres maladies depuis. Il est évacué à Toulouse, vers le milieu du mois d'août 1914.

En octobre-novembre, apparaissaient successivement sur les flancs et le ventre, des taches rouges, urticariennes, prurigineuses, irrégulières, couvrant un demi-centimètre carré environ, qui laissaient des macules brunes de même dimension. En peu de temps, le tronc jusqu'au-dessous des mamelons a été couvert de ces macules et le malade en a été comme tigré.

Il y a une quinzaine de jours, enfin, apparaissaient sur le thorax, une dizaine de placards roses, circonscrits, pityriasiques et qui depuis vont se développant de plus en plus.

État actuel. — Le 18 août 1915, le malade se présente à la consultation de notre maître, le Dr Audry. C'est un grand garçon au teint pâle, qui par ailleurs semble normalement constitué. On note cependant une légère hypertrophie du corps thyroïde et une inégalité pupillaire peu prononcée d'origine congénitale. L'examen du cœur et du poumon ne révèle rien d'anormal.

Examen de la peau. — La peau de la poitrine et de la partie supérieure du ventre est couverte de macules d'un brun noirâtre, plus ou moins foncées, la teinte étant plus accusée au centre de la macule. Ces taches distribuées irrégulièrement, sont très faiblement saillantes et souvent pas du tout. Elles sont vaguement arrondies, mal limitées, non infiltrées. L'épiderme qui les recouvre est finement grenu et légèrement brillant, jamais érodé, ni croûteux. — Entre ces macules, on note un grand nombre de taches rouges franchement urticariennes: les unes encore saillantes, les autres caractérisées seulement par leur couleur. Toutes sont prurigineuses lorsqu'elles surviennent; le malade les attribue à des piqures de moustiques et de punaises. Ces élevures typiques urticariennes continuent à se produire journellement; un grand nombre d'entre elles semblent disparaître sans laisser de traces.

Ces éléments ne se retrouvent absolument que sur la peau du tronc. Mais depuis une quinzaine de jours, le malade s'aperçoit d'autres éléments éruptifs, qui siègent sur les côtés et la base du cou, la région sus-claviculaire et deltoïdienne droite, l'omoplate droite. Ces éléments nouveaux se

présentent sous forme d'efflorescences rondes ou circinées, d'un rose jaunâtre, très nettement circonscrites, très faiblement saillantes par rapport à la peau saine, plus ou moins squameuses sur toute leur étendue, un peu déprimées au centre. Leur diamètre varie de 2 à 5 centimètres. Dans l'ensemble elles ressemblent à des efflorescences typiques du pityriasis rosé. On remarque seulement qu'un petit nombre d'entre elles, les plus anciennes d'ailleurs, au niveau de l'omoplate, présentent une très légère saillie comme dermatographique, saillie qui fait complètement défaut sur des éléments cervicaux et deltoïdiens.

L'examen de la réaction cutanée montre un certain degré de dermatisme, mais on n'arrive pas à faire paraître d'éléments urticariens. En général le prurit est modéré et passager.

La paume des mains, les pieds sont indemnes de toute lésion ainsi que le cuir chevelu et les ongles.

La face présente quelques comédons et quelques nodules d'acné sur le front et sur le nez.

Examen du sang. — L'examen du sang a été pratiqué le 19 août.

1° Pourcentage des globules blancs :

Polynucléaires neutrophiles.	65,5 %
Lymphocytes.	15 %
Moyens mononucléaires.	3 %
Grands mononucléaires.	8 %
Polynucléaires éosinophiles.	8 %
» basophiles.	0,5 %

Il existe donc une forte éosinophilie sanguine (8 %).

2° Nombre des globules rouges 5 425 000.

Examen des urines. — L'examen des urines n'a révélé rien de particulier.

Volume.	4 300 cc.	
Densité.	1 016	
Azote total.	43 g. 50	} Éléments normaux de l'urine éliminée en 24 heures.
Urée.	21 g. 50	
Acide urique total.	4 g. 50	
Chlorure de sodium.	43 g.	

Éléments anormaux : ni sucre, ni albumine.

Biopsie. Examen histologique. — L'examen a porté sur un élément urticarien récent qui ne portait aucune trace de pigmentation. Cet examen ne révèle pas dans l'épiderme de lésions marquées, en particulier en ce qui concerne l'abondance du pigment dans les cellules de la couche basale. On peut noter cependant une légère exocytose. Les lésions du derme papillaire consistent en une infiltration assez uniformément répartie, mais clairsemée, de cellules diverses parmi lesquelles les polynucléaires neutrophiles sont les plus nombreuses ; on y voit quelques rares mastzellen et quelques polynucléaires éosinophiles. Les lésions du derme sous-jacent sont peut-être plus accusées. L'infiltration des polynucléaires et surtout celles des éosinophiles est plus marquée, se disposant de préférence autour des vaisseaux, qui apparaissent légèrement dilatés. Dans ces trainées d'infiltration qui se propagent par endroits jusque vers la profondeur en suivant les

vaisseaux ou les canaux glandulaires, des mastzellen apparaissent çà et là, mais elles sont très peu nombreuses par rapport aux autres cellules. Enfin les cellules pigmentaires ne sont pas plus abondantes que d'habitude dans les couches supérieures du derme. En résumé, les lésions consistent principalement en œdème du corps papillaire, et en infiltration en traînées peu denses dans lesquelles les mastzellen sont en petite quantité.

Évolution. — Le malade a pu être suivi pendant plusieurs semaines sans que l'on ait pu noter de modifications bien nettes dans les taches brunes. Les efflorescences urticariennes nouvelles sont un peu moins nombreuses et le prurit est plus faible. Quant aux différents placards qui ont été considérés comme relevant du pityriasis rosé de Gibert, ils se sont effacés les uns spontanément, les autres sous l'influence d'exfoliation iodée, sans laisser aucune trace.

L'observation précédente est remarquable à différents points de vue :

1° C'est un nouvel exemple d'une urticaire pigmentaire survenant bien au delà de l'enfance. Depuis les remarques de Darier à ce sujet les faits de ce genre sont du reste relativement communs. M. Nanta en a récemment rencontré un autre exemple, chez un jeune soldat, dont l'observation était d'ailleurs trop incomplète pour mériter d'être reproduite ici.

2° La coïncidence du pityriasis rosé de Gibert est singulière et a permis de remarquer le caractère urticarien que peuvent revêtir chez ce sujet les lésions adventices.

D'une manière générale tout porte à croire que l'urticaire pigmentaire constitue un syndrome très étendu, beaucoup moins circonscrit qu'on ne l'a dit et il n'y a véritablement aucun moyen de distinguer une urticaire pigmentaire d'une urticaire avec pigmentations. Il y a banalité étiologique, banalité clinique et l'examen microscopique montre qu'il y a banalité histologique. Les pièces que nous avons examinées appartenaient à une efflorescence jeune et nous ne savons pas si les taches brunes de notre malade présentaient ou non des infiltrats classiques comme mastzellen. Mais actuellement il n'est pas douteux que l'infiltration de mastzellen représente un symptôme fréquent, mais non constant. Il y a des urticaires pigmentaires à mastzellen en bloc, des urticaires pigmentaires à mastzellen disséminés, et des urticaires pigmentaires sans mastzellen.

Ni l'urticaire, ni la pigmentation, ni les mastzellen ne constituent des manifestations biologiques ou histologiques susceptibles d'être considérées comme spécifiques en quoi que ce soit. L'urticaire pigmentaire n'est jamais qu'une variété clinique du syndrome urticarien habituel, et il n'y a pas lieu de s'étonner si c'est l'enfance qui en présente le plus souvent les formes les plus accusées (1).

(1) Nous remercions M. le Dr Nanta, agrégé de la clinique, des conseils qu'il nous a donnés pour l'exécution de ce petit travail.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Sérodiagnostic de la syphilis.

La réaction de Wasserman dans la syphilis : ses principales modifications (Osservazioni e note sulla reazione di Wassermann nella lue, e su alcune sue principali modificazioni), par G. BURZI. *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1913, p. 629.

Les recherches de B. l'amènent à conclure que : La nature intime de la réaction de Wassermann reste inconnue ; on ne peut soutenir sa spécificité biologique, mais par contre sa spécificité clinique se fonde sur de bonnes raisons.

Parmi les divers antigènes, le foie d'hérédo-syphilitique est celui qui donne les résultats les plus précis et les plus fidèles.

La réaction de Wassermann ne disparaît pas toujours avec le traitement. Elle peut persister en l'absence complète et permanente de toute manifestation morbide. Elle peut, exceptionnellement, ne pas exister en pleine période d'activité de l'infection syphilitique.

H. MINOR.

Sur la valeur pratique de la réaction d'Hermann-Perutz et de Popoff pour le sérodiagnostic (Ueber die praktische Verwendbarkeit der Herman-Perutzschen Luesreaktion und der Popoffschen Serodiagnose), par M. STERN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1914, t. 118, p. 772.

Au glycocholate de soude employé par Elias, Bauer, Porges, Hermann et Perutz ont substitué de la cholestérine en suspension, à laquelle ils ont ensuite ajouté le glycocholate.

S. a constaté que la réaction de Hermann-Perutz est hautement spécifique de la syphilis ; mais pas absolument, car elle a eu 1 cas de résultat positif sur 53 cas de contrôle.

Dans la syphilis avérée, la réaction de Hermann-Perutz donne 20 pour 100 de résultats positifs de moins que la réaction de Wassermann cependant la réaction de Hermann-Perutz peut donner un résultat positif chez des syphilitiques dont la réaction de Wassermann est négative, elle est donc parfois plus sensible.

Par sa simplicité, la réaction de Hermann-Perutz peut concurrencer la réaction de Wassermann ; mais elle donne des résultats moins certains.

Il faut employer du glycocholate de soude très pur.

La séroréaction de Popoff est inutilisable (Popoff avait essayé d'indiquer un procédé reposant sur le fait que le sérum d'homme normal jouit de propriétés hémolytiques sur le sang de cobaye et que la syphilis détruit cette propriété).

Ch. AUDRY.

Cutiréaction dans la syphilis.

Les cutiréactions dans la syphilis, avec remarque sur la pallidine (Die Kutreaktionen bei Syphilis mit besonder Berücksichtigung der Pallidinreaktion), par E. KLAUSNER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1914, t. 120, p. 444.

Travail à consulter dans l'original, et dont je ne peux que reproduire les conclusions.

L'extrait de pneumonie blanche hérédo-syphilitique préparé suivant la manière de Fischer (fragments de poumons broyés finement dans la solution salée physiologique, centrifugée, philtrée, chauffée 25 minutes à $+60^{\circ}$, mélangés à une solution phéniquée à 5 pour 100, jusqu'à solution à 1 demi pour 100) donne une réaction cutanée spécifique dans la syphilis. On obtient des résultats semblables avec des extraits d'autres organes syphilitiques préparés de même.

Cet extrait, ou pallidine, donne une réaction cutanée aux points de scarification, réaction inflammatoire qui atteint son maximum en 48 heures, et qui ne se produit jamais chez les sujets sains.

Cette réaction à la pallidine est spécifique ; on l'obtient dans 90 pour 100 des cas de syphilis tardive ou héréditaire, ou gommeuse (plus de 1 000 cas). Cette réaction manque en cas de réaction de Wassermann négative et est très souvent positive en cas de syphilis maligne avec gommès précoces et réaction de Wassermann positive. Elle se produit aussi en cas de gommès viscérales.

Elle peut rendre d'excellents services pratiques au point de vue diagnostique ; elle manque souvent en cas de périostite et chez les sujets cachectiques. Habituellement, la réaction de la pallidine et la réaction de Wassermann sont parallèles ; mais elles peuvent être divergentes. Le traitement intensif par le salvarsan le fait souvent disparaître.

La réaction à la pallidine peut se manifester là où manque toute autre manifestation de ce genre ; en particulier elle est positive dans un certain nombre de cas où la luétine est négative.

Elle a donc une réelle utilité pratique.

Elle traduit probablement un processus anaphylactique (bonnes figures de la réaction).

Ch. AUDRY.

Syphilis du système nerveux.

Un nouveau cas de paralysie radiale, à type de paralysie saturnine, chez un syphilitique, par E. DE MASSARY, BOUDON et P. CHATELIN. *Société de neurologie de Paris*, 12 février 1914. *Revue neurologique*, 28 février 1914, p. 278.

Homme de 50 ans, indemne de toute intoxication par le plomb, mais syphilitique depuis l'âge de 25 ans. Depuis 12 ans, paralysie bilatérale des extenseurs de la main, avec intégrité absolue du long supinateur, c'est-à-dire les signes considérés comme caractéristiques de la paralysie saturnine. Cette paralysie paraît être d'origine centrale et due à une poliomyélite antérieure chronique siégeant au niveau des VI^e et VII^e paires dorsales. Depuis quelques mois, troubles psychiques notables et trois attaques épileptiformes, faisant craindre une paralysie générale.

G. THIBIERGE.

Paralysie radiale et syphilis, par A. BAUDOUIN et E. MARCORELLES. *Revue neurologique*, 31 mai 1914, p. 669.

3 cas de paralysie radiale chez des syphilitiques.

Dans le 1^{er} cas, syphilis remontant à 40 ans; paralysie des extenseurs des deux mains, avec intégrité des longs supinateurs et légère atteinte des petits muscles des 2 mains; lymphocytose céphalo-rachidienne; réaction de Wassermann positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Dans les 2 autres, paralysie radiale unilatérale, plus étendue dans le dernier; grosse réaction céphalo-rachidienne.

Il faut conclure de ces faits que la paralysie radiale n'est pas toujours d'origine saturnine et peut être syphilitique.

Au point de vue de la localisation des lésions, B. et M. sont assez réservés, mais sont portés à croire qu'il s'agit de radiculite, peut-être associée à des lésions cellulaires des cornes antérieures.

G. THIBIERGE.

Méningite syphilitique avec paralysie labio-glosso-laryngée complète, mais transitoire, d'origine pseudo-bulbaire, par E. DE MASSARY et P. CHATELIN. *Société de neurologie de Paris*, 12 février 1914. *Revue neurologique*, 28 février 1914, p. 284.

Homme de 25 ans, ayant eu la syphilis il y a 4 ans. Deux ans après, symptômes de méningite: température 38,4, subcoma, attitude presque en chien de fusil, léger signe de Kernig, paralysie labio-glosso-laryngée complète. On pense à une méningite tuberculeuse, mais on fait un traitement mercuriel d'essai; la réaction de Wassermann positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Amélioration de la paralysie labio-glosso-laryngée, mais production de phénomènes spasmodiques dus à des lésions des faisceaux pyramidaux: exagération de tous les réflexes, clonus du pied, extension des gros orteils et rire spasmodique.

G. THIBIERGE.

Paralysie bulbaire d'origine syphilitique. Rire et pleurs spasmodiques, par H. DUFOUR et THIENS. *Société de neurologie de Paris*, 4 décembre 1913. *Revue neurologique*, 30 décembre 1913, p. 773.

Homme de 41 ans, sans aucun antécédent syphilitique, mais réaction de Wassermann positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Il y a dix mois, début par difficulté de la parole, puis symptômes de paralysie du voile du palais. Salivation permanente, langue immobile. Sensibilité conservée. Crises de rire et de pleurer spasmodiques quand on parle au malade ou même quand il est seul. Pas de paralysie faciale ou oculaire, ni d'hémiplégie, ni de troubles de la sensibilité.

G. THIBIERGE.

Sur le délire halluciné des syphilitiques (Ueber Halluzinosen der Syphilitischen), par PLAUT. *Berlin*, 1913 (Springer).

Monographie de 116 pages que je suis dans l'impossibilité d'analyser comme il convient, en raison de mon ignorance en psychiatrie. Il faut cependant la signaler soigneusement parce qu'elle comble une lacune. Les psychoses des syphilitiques ont été décrites par les psychiatres, mais paraissent encore bien mal connues (et pour ma part, j'ai été singulièrement surpris dans l'unique cas de manie aiguë que j'ai rencontré. N. d. T.). P. entend étudier seulement les vraies psychoses hallucinantes que l'on doit rattacher

à la syphilis. Il pense que pour les reconnaître et affirmer la nature, il faut recourir aux examens de laboratoire récemment vulgarisés : réaction de Wassermann dans le sang et surtout dans le liquide céphalo-rachidien, pléocytose et albuminose de ce dernier. P. résume d'abord les quelques notions que l'on possède au sujet des psychoses paranoïdes, avec hallucinations acoustiques qui ont été considérées déjà comme en rapport avec la vérole ; soit chez les paralytiques, soit chez les tabétiques.

Puis, étudiant en détails les « hallucinoses syphilitiques au sens étroit du mot », après un court historique, il en donne 5 observations se présentant sous des formes aiguës au stade secondaire ou tertiaire, toutes terminées par la guérison. Dans un de ces cas, il y avait 500 lymphocytes par centimètre cube.

5 autres observations se rapportent à des formes chroniques ; aucune n'a guéri.

Enfin 3 autres cas représentent des « hallucinoses » d'origine syphilitique chez les vieillards.

(Je conseille la lecture du mémoire.)

CH. AUDRY.

Recherches sur la paralysie générale (Beitrag zur Lues-Paralyse Frage). *Zeitschrift f. d. gesamte Neurologie und Psychiatrie*, t. 8, 1912. — **Sur l'évolution de 4134 cas de syphilis** (Mitteilung über 4134 katamnestisch verfolgte Fälle vonluetischer Infektion. *Id.*, t. 15, 1913. — **Sur le sort ultérieur de ces 4134 cas** (Über die weiteren Schicksale 4134 katamnestisch verfolgter Fälle vonluetischer Infektion). *Medizinische Klinik*, 1913, n° 38, par MATTAUSCHEK et A. PILZ (d'après l'analyse donnée dans le *Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten*, 1914, n° 4, p. 154).

Ces travaux ont pour base l'étude du journal des maladies des officiers de l'armée autrichienne atteints de syphilis entre 1880 à 1900 et suivis jusqu'en l'année 1910.

La proportion de paralytiques généraux est de 4,76 pour 100, et celle de tabes pur est de 2,73 pour 100. Dans la grande majorité des cas, il s'agissait de formes légères, sans récidives, ou de formes mal traitées ; la paralysie générale est notablement moins fréquente chez les sujets qui ont subi la cure intermittente et chronique que chez les autres ; cette influence a paru moins évidente sur le tabes. Mais il n'existe pas de rapport entre ces accidents et l'intensité même du traitement. Dans les cas où il s'est produit une paralysie générale l'intervalle entre l'infection et l'apparition des accidents cérébraux n'est pas modifié, il semblerait même que l'incubation du tabes soit abrégée chez les sujets traités vigoureusement. 11,13 pour 100 de tabétiques devinrent paralytiques ; 8,8 pour 100 présentèrent de l'atrophie optique. Il est fort remarquable (mais peu surprenant, N. d. T.) qu'une maladie fébrile contractée pendant les premiers temps de l'infection syphilitique semble exercer une action protectrice. L'influence de l'âge où la syphilis est prise est nette : après 40 ans, le pronostic est plus mauvais, 3,19 pour 100 des malades ont eu des accidents nerveux pendant les 3 premières années et, chez eux, paralysie et tabes ont été rares.

De ces 4134 syphilitiques, 456 étaient morts au 1^{er} janvier 1912. Abstraction faite des malades atteints de paralysie générale et de tabes, 456 étaient morts. On relève 147 décès par tuberculose, 83 par suicide, 35 par cardiopa-

thie, 34 par apoplexie, 23 par cancer, 20 par syphilis maligne, 17 par anévrysme de l'aorte. 14 par néphrite chronique, 4 par néphrite aiguë, 12 par cirrhose hépatique, 7 d'artériosclérose. C'est pendant les 10 premières années qu'on observe le plus de morts par tuberculose. Les maladies vasculaires tuent surtout entre la 10^e et la 20^e années.

Au total, 12 pour 100 de syphilitiques environ meurent de leur syphilis, et la proportion des décès monte à 14,64 pour 100 si l'on admet l'origine syphilitique de l'artério-sclérose (en y comprenant la paralysie générale et le tabes).

Ch. AUDRY.

La paralysie générale chez l'enfant, par C. LEROUX et WEINZWEIG. *Archives de médecine des enfants*, juillet 1915, p. 377.

Garçon de 12 ans, dont la mère syphilitique a eu 6 enfants vivants et 12 fausses couches, presque toutes vers le 45^e jour de la grossesse. A toujours eu une intelligence fruste. Vers l'âge de 11 ans et demi, vertiges fréquents, éblouissements, chutes sans perte de connaissance, machonne, tire la langue, démarche chancelante; puis cyanose des mains et des jambes. Les phrases deviennent inintelligibles, le vocabulaire de plus en plus restreint; caractère reste très doux, reste des heures à jouer sans causer ou en répétant quelques mots sans suite. Inégalité pupillaire, réactions pupillaires à la lumière très lentes. Tremblement rapide des lèvres, machonne sans arrêt. Tremblement rapide de la langue. Élocution bredouillée, inintelligible. Tremblement des membres. Réflexes rotulien, achilléen, bicipital exagérés. Sommeil agité. Réaction de Wassermann positive. Ponction lombaire: lymphocytose et albumine.

G. THIBIERGE.

Paraplégie spasmodique hérédosyphilitique chez les grands enfants, par A.-B. MARFAN. *Archives de médecine des enfants*, août 1913, n° 8.

Ce type de paraplégie spasmodique hérédosyphilitique décrit en 1909 par Marfan représente un type spécial au point de vue clinique et probablement aussi au point de vue anatomique; abandonnée à elle-même cette paraplégie est incurable, elle évolue lentement mais elle progresse toujours. Lorsqu'elle existe depuis un certain temps, des lésions irréparables des centres nerveux empêchent le traitement d'agir sur les troubles moteurs dépendant de ces lésions. Mais il faut agir encore pour arrêter la marche de la maladie. La médication iodo-mercurielle donne peu de résultats. L'arsenobenzol a donné au contraire des résultats encourageants. Il faudrait reconnaître la paraplégie à ses débuts et lui appliquer de suite la médication spécifique.

R. LUTENBACHER.

Le traitement intensif de la syphilis nerveuse contrôlé par des examens du liquide céphalo-rachidien (The intensive treatment of syphilitic nervous affections controlled by examinations of the cerebro spinal fluid), par W. BAEM. *The Journal of the American Medical Association*, 6 septembre 1913, p. 742.

De son important article B. conclut que: 1^o Les malades qui présentent des réactions sérologiques positives dans le liquide céphalo-rachidien ont une infection localisée au système nerveux ou aux méninges et

sont des candidats à la syphilis nerveuse ultérieure. 2° On devrait examiner le liquide céphalo-rachidien de tous les syphilitiques et continuer le traitement jusqu'au moment de la disparition des résultats positifs. 3° La réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien est beaucoup plus difficile à réduire que celle du sang, c'est pourquoi un Wassermann négatif dans le sang n'est pas un criterium suffisant pour interrompre le traitement. 4° Il n'y a presque aucun rapport entre les résultats de la réaction de Wassermann pratiquée dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. 5° Au cours des traitements intensifs de 14 cas de syphilis nerveuse par le Salvarsan associé au mercure, 38 examens du liquide céphalo-rachidien ont été pratiqués. Dans 3 cas seulement on est arrivé à réduire complètement la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien. Dans 50 pour 100 des cas les réactions sont devenues moins nettes et les symptômes cliniques ont diminué d'intensité. 6° Le traitement intensif de la syphilis nerveuse paraît donc être indiqué ; il donne de grandes espérances pour l'avenir de ces malades.

FERNET.

Le traitement moderne de la paralysie générale progressive selon la méthode de von Wagner, par Alexandre Pulcz. *La Presse médicale*, 4 février 1944, p. 97.

La méthode de Wagner est basée, sur le fait assez connu des aliénistes, qu'une maladie fébrile intercurrente exerce une influence favorable sur l'évolution de la paralysie générale progressive.

Pour provoquer une réaction fébrile P. emploie la tuberculine (Al₁ Tuberculin de Koch) à la dose de 0 cc. 0005 — 0 cc. 01 en injections sous-cutanées pour la première injection. Il augmente progressivement les doses des injections quotidiennes jusqu'à la dose limite de 1 centimètre cube de tuberculine, en utilisant comme criterium l'ascension thermique à 39° maximum après l'injection (température enregistrée toutes les trois heures). Wagner emploie pour provoquer la fièvre les injections de doses croissantes de vaccin polyvalent de staphylocoques ou de streptocoques.

P. a traité par cette méthode 86 paralytiques généraux : 39,44 pour 100 ne furent nullement influencés ; 23,2 pour 100 ne furent pas améliorés, mais on constata un arrêt très remarquable dans la marche du processus ; 40,44 pour 100 montrèrent une amélioration remarquable, ils pouvaient vivre en société, sans avoir besoin de surveillance ; 26,68 pour 100 purent reprendre leur travail, et la tutelle fut suspendue. R.-J. WEISSENBACH.

Traitement des affections syphilitiques du système nerveux central par des injections intraveineuses de salvarsan (Treatment of syphilis diseases of the central nervous system by intravenous injections of salvarsan), par SPOONER. *Boston medical and surgical journal*, 19 mars 1944.

S. a obtenu un grand nombre d'améliorations dans la syphilis du système nerveux (tabès, syphilis cérébrale) à l'exclusion de la paralysie générale. L'amélioration a pu être maintenue dans certains cas pendant deux ans. Le traitement doit être continué par petites doses espacées même après la disparition de la lymphocytose rachidienne et de la réaction de Wassermann. Les meilleurs résultats du traitement s'observent dans les cas où la lymphocytose a été très abondante et la réaction de Wassermann fortement positive.

S. FERNET.

Les résultats de la méthode intrarachidienne de Swift-Ellis dans la paralysie générale (Results of the Swift-Ellis intradural method in general paresis), par MEYERSON. *Boston medical and surgical journal*, 7 mai 1914.

Il est certain qu'on observe chez les paralytiques généraux traités par cette méthode des modifications sérologiques, chimiques et cytologiques dans le liquide céphalo-rachidien, la valeur de ces modifications est cependant discutable au point de vue de l'amélioration clinique. En effet, la disparition de la réaction de Wassermann n'est pas toujours accompagnée d'une amélioration clinique; on peut observer une exagération des symptômes physiques et mentaux lorsque la réaction de Wassermann se maintient négative ou, au contraire, un état de rémission prolongée avec une réaction de Wassermann positive. La diminution de la lymphocytose rachidienne n'est pas plus un indice certain d'amélioration réelle; il y a de nombreuses causes à l'inexactitude de la numération. La valeur en globuline diminue quelquefois par le traitement ainsi que celle de l'albumine; ce résultat n'est cependant nullement constant. En résumé le traitement de Swift-Ellis ne devrait être institué que dans certains cas de paralysie générale au début.

S. FERNET.

Paralytiques généraux traités par des injections intrarachidiennes de sérum salvarsanisé (Paresis patients treated with intraspinal injections of salvarsanized serum), par PILSBURY. *Journal of the American medical association*, 10 octobre 1914, p. 1274.

Onze paralytiques furent traités par la méthode de Swift-Ellis; six d'entre eux furent très améliorés, l'état de l'un resta stationnaire et quatre sont morts peu de temps après le traitement.

S. FERNET.

Les méthodes modernes de traitement de la syphilis du système nerveux (Modern methods of treatment of syphilis of the nervous system), par SACHS, STRAUSS et KALISKI. *American Journal of the Medical Sciences*, novembre 1914, p. 693.

S., S. et K. concluent de leurs nombreuses observations que de tous les procédés employés à l'heure actuelle dans le traitement de la syphilis nerveuse les injections intraveineuses de salvarsan donnent les meilleurs résultats. Les injections intrarachidiennes ne leur semblent pas présenter d'avantages pas plus que le sérum salvarsanisé qui ne contient que des quantités infinitésimales d'arsenic, beaucoup trop faibles pour produire une action thérapeutique. De toutes les affections spécifiques du système nerveux, la paralysie générale réagit le moins au traitement.

S. FERNET.

Sur le traitement des maladies nerveuses syphilitiques (Zur Therapie der syphilitischen Nervenkrankheiten), par H. OPPENHEIM. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1914, n° 45, p. 682.

O. est très peu enthousiasmé par les résultats que le salvarsan lui a fournis chez ses malades. Sur 50 tabétiques, il a eu 10 améliorations, 11 aggravations, 29 cas non influencés.

Sur 24 paralysies générales, il a eu 15 cas stationnaires, 6 accélérations, 2 ou 3 rémissions.

Ch. AUDRY.

Syphilis post-conceptionnelle.

Syphilis post-conceptionnelle. Influence du traitement sur la femme enceinte syphilitique (Sifilis post-concepcional. Influencia del tratamiento sobre la mujer embarazada sifilitica), par J. S. COVISA. *Actas dermo-syphiográficas*, décembre-janvier 1943, n° 2, p. 73.

L'étude de la syphilis post-conceptionnelle au point de vue pratique est intéressante pour deux raisons : a) la conduite à tenir relativement à l'alimentation des enfants nés sains en apparence et b) l'influence du traitement sur la femme et le fœtus.

a) La syphilis se transmettant, d'après l'opinion admise, d'une manière fatale au fœtus, l'enfant sûrement syphilitique devra être nourri par sa mère. La loi de Profeta est fautive. b) On peut arriver à supprimer l'action fœticide de la syphilis en employant avec prudence pour ménager le cœur et le rein, le salvarsan ou le néo-salvarsan, associé au benzoate de mercure (0,02 par injection). Le résultat sera d'autant plus favorable que le traitement sera plus précoce. Le traitement n'a jamais nui aux mères. Dans 5 des 9 cas cités, l'injection avait eu lieu pendant les 6 premiers mois de la grossesse, un seul dans les 3 derniers. Dans 4, la grossesse fut menée à terme, les enfants naissant sains en apparence, un seul donna une réaction de Wassermann positive. Dans le seul cas du 2^e groupe (syphilis au 7^e mois), l'enfant paraissait sain à la naissance, mais présenta au 2^e mois des manifestations évidentes de syphilis. Une seule grossesse a donné lieu à l'accouchement prématuré d'un fœtus mort, syphilitique; l'infection remontait au début de la grossesse et le traitement n'avait été commencé qu'au dernier mois. Un seul enfant présenta des lésions, mais là aussi le traitement n'avait été commencé qu'au dernier mois. Sur les 7 grossesses terminées normalement, 5 donnèrent des enfants sains en apparence; les 2 autres, nés sans manifestations en ont présenté d'indubitables par la suite à 8 et 2 mois. La continuation du traitement les a rendus bénignes.

J. MÉNEAU.

REVUE DE VÉNÉROLOGIE

Chancre simple.

Les rapports entre le chancre simple phagédénique et le granulome vénérien (Die Beziehungen zwischen Ulcus molle serpiginosum und Granuloma venereum), par W. GENNERICH. *Dermatologische Wochenschrift*, 41 et 48 octobre 1913, nos 41 et 42, pp. 1195 et 1230.

Un des trois cas de phagédénisme chancrelleux publiés par G. avait été considéré par un médecin très réputé en matières de maladies tropicales comme un granulome vénérien. Si l'on se rapporte à la description de Manson, on rencontre de nombreuses analogies entre ces deux affections.

Dans le granulome vénérien on observe il est vrai une formation centrale abondante du tissu de granulation et des cicatrices chéloïdiennes. Mais il n'y a, en outre de la présence du streptobacille, aucune divergence avec la description de Liebert.

Il sera intéressant d'essayer sur le granulome des pays chauds le vaccin anti-streptobacillaire préparé par Ito à la clinique de Neisser. PELLIER.

Le traitement du chancre mou et de ses complications, par R.-J. WEISSENBACH. *L'Hôpital*, mars 1914, n° 4.

Exposé du traitement des chancres mous, suivant leur siège et suivant l'existence ou non de complications locales, gangrène et phagédénisme. Le traitement de l'adénite fait l'objet d'un chapitre où sont successivement envisagés les cas cliniques de gravité croissante et qui commandent chacun une conduite différente. W. insiste sur les bons effets de la douche d'air chaud à 60°-70° dans le traitement du chancre mou non compliqué, mais surtout dans le traitement des chancres mous phagédéniques et gangreneux, pour lesquels les autres traitements proposés sont, le plus souvent, inefficaces.

Bubon.

Sur le traitement des bubons suppurés par l'argent au bleu de méthylène (Ueber die Behandlung der vereiterten Bubonen mit dem von Edelmann und v. Müller angegebenen Methylenblau-Silber), par SAPHIES et v. ZUMBSCH. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1913, n° 48, p. 2350.

S. et Z. sur 124 malades, ont obtenus d'excellents résultats en vidant le pus des bubons, et en y injectant une solution de « méthylenblau-Silber » (?).
Ch. AUDRY.

Traitement du bubon par les rayons X (Behandlung des Bubo mit Röntgenstrahlen), par W. WITTIG. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1913, n° 48, p. 2351.

W. recommande vivement ce traitement. Son travail est basé sur 14 cas seulement.
Ch. AUDRY.

Ulcère aigu de la vulve.

Sur l'ulcère aigu de la vulve (Lipschütz). *Über Ulcus vulvæ acutum (Lipschütz).* par S. GAOSZ. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1914, n° 40, p. 234.

G. appelle l'attention sur une même lésion décrite en même temps par Lipschütz sous le nom d'ulcère aigu vulvaire et par Scherber (et Finger) sous le nom d'ulcère pseudo-tuberculeux de la vulve. Il croit la dénomination de Lipschütz préférable et en donne lui-même une observation où il n'a isolé que des staphylocoques.

Ch. AUDRY.

Sur la notion de maladie appliquée au soi-disant ulcère aigu de la vulve (*Zum Krankheitsbegriff des sogenannten Ulcus acutum vulvæ*), par R. VOLK. *Wiener klinische Wochenschrift*, n° 40, p. 236.

L'existence de l'entité morbide de Lipschütz (ulcère aigu de la vulve chez les vierges) paraît à V. d'autant moins justifiée que lui-même en a vu des exemples chez des femmes nullement vierges, et habituellement atteintes de métrite, et même chez des hommes!

Ch. AUDRY.

Diagnostic biologique de la blennorrhagie.

Sérologie des maladies blennorrhagiques (*Zur Serologie der gonorrhoeischen Erkrankungen*), par J. FINKELSTEIN et T. GERSCHUN. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1913, n° 39, p. 1817.

F. et G. rappellent d'abord le petit nombre de recherches antérieures sur ce sujet. Ils ont étudié les agglutinines, les ambocepteurs gonococciques, et enfin la cutiréaction.

Ils concluent que la déviation du complément et la cutiréaction recherchée avec de l'antigène gonococcique sont spécifiques pour la blennorrhagie, car elles ne se produisent pas en d'autres maladies.

Les 2 réactions sont très fréquentes dans la blennorrhagie aiguë, et encore davantage dans la blennorrhagie chronique.

Employées méthodiquement chez un grand nombre de malades, ces réactions peuvent offrir un véritable intérêt pratique.

La recherche de l'agglutination dans la blennorrhagie ne donne pas de résultats.

Ch. AUDRY.

Diagnostic biologique de la blennorrhagie (*Die biologische Diagnose der Gonorrhoe*), par A. SOMMER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1913, t. 448, p. 589.

S. a utilisé l'arthigon de Bruck. Il conclut que la recherche de l'agglutination ne donne aucun résultat pratique, — que la déviation du complément n'a pas non plus d'intérêt pratique, parce qu'elle peut manquer, — que la cutiréaction et l'intra-cutiréaction ne donnent pas non plus de résultats pratiques, parce qu'elles sont spécifiques, sans doute, mais inconstantes.

L'injection intra-musculaire n'a qu'une valeur limitée, parce qu'elle donne des réactions irrégulières.

Au contraire l'injection intra-veineuse rend les plus grands services : si elle est suivie d'une hyperthermie supérieure à 4 degrés et demi, elle rend très vraisemblable le diagnostic de blennorrhagie ; elle peut exercer une

provocation sur l'écoulement urétral; elle confirmera les résultats obtenus par les autres méthodes à propos de l'autorisation du mariage.

Pour les femmes et les enfants il faut diminuer les doses. On n'a jamais observé d'accidents.

(!!! — N. d. T.)

Ch. AUDRY.

Vaccins gonococciques et extrait glyciné de gonocoques dans le diagnostic des infections gonococciques (Gonococcus vaccines and glycerine extracts of gonococcus in the diagnosis of gonorrheal infections), par SHATTUCK et WHITMORE. *The Boston Medical and Surgical Journal*, 41 septembre 1913, p. 373.

S. et W. ont étudié la valeur diagnostique des intradermoréactions au vaccin gonococcique concentré et à l'extrait glyciné de gonocoques. Au point de vue de la spécificité de la réaction, le vaccin concentré ne s'est pas montré supérieur aux vaccins employés antérieurement. On obtient uniquement une irritation locale qui doit être due à une autolyse rapide du vaccin.

L'extrait glyciné des gonocoques a produit, dans un certain nombre de cas, une lésion particulière, papuleuse; cette réaction n'a cependant pas été constante. S. et W. pensent, qu'en continuant les recherches dans cette voie — on obtiendra avec l'extrait glyciné une réaction rigoureusement spécifique.

S. FERNET.

Blennorrhagie infantile.

Le pronostic des vulvo-vaginites blennorrhagiques infantiles (Die Prognose der Vulvovaginitis gonorrhoeica infantum), par MATTISSEN. *Archiv für Dermatologie*, juillet 1913, p. 817.

Sur 172 fillettes traitées en 6 ans dans le service de Buschke, 139 présentaient des gonocoques. A ce propos, M. fait une revue générale, intéressante, mais sans rien de nouveau.

Il conclut que le pronostic de la maladie est favorable, car elle guérit bien; mais il faut compter sur un traitement d'une durée moyenne de 4 à 6 mois, qui peut même atteindre des années entières. Le col utérin n'est guère atteint; et quant aux complications profondes « annexielles » qui pourraient se produire au moment de la puberté elles sont extrêmement rares.

Ch. AUDRY.

Blennorrhagie anale et rectale.

Blennorrhagie rectale chez les prostituées (Ueber Rectalgonorrhoe bei Prostituierten), par F. SCHMIDT. *Dermatologische Zeitschrift*, 1913, t. 20, p. 1063.

La blennorrhagie rectale est très fréquente chez les prostituées de Stockholm. Une première série de 479 prostituées atteintes de blennorrhagie en présente 87 avec de la blennorrhagie rectale.

Une seconde série portant sur 491, présente 125 cas de blennorrhagie rectale.

D'une manière générale les symptômes subjectifs et même objectifs font tout à fait défaut; il faut examiner le pus pris dans le rectum avec une curette.

C'est du reste une erreur que d'assigner une marche toujours chronique à la maladie, car un assez bon nombre guérissent, par l'albargine à 1 pour 400 ou le permanganate de potasse à 1 pour 2 000, en un temps variant de 2 à 6 semaines.

Il n'est pas très rare de trouver la gonococcie localisée dans le rectum seul.

Ch. AUDRY.

Sur les granulations blennorrhagiques (Ueber gonorrhoeische Granulationen). par G. STUMPKE. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1914, n° 28, p. 1559.

Klingmüller a étudié les bourgeons développés sur les organes génitaux de la femme et l'anus sous l'influence du gonocoque.

Ces lésions dont S. donne 6 observations sont relativement plus fréquentes qu'on ne le croit.

Elles peuvent coexister soit avec la syphilis, soit avec des papillomes.

Il faut rapprocher ces altérations de celles que Jullien a signalées antérieurement, des ulcérations (Thalmann), des proliférations anales décrites par Eichorn, etc.

Ch. AUDRY.

Hyperkératose blennorrhagique.

Un cas d'hyperkératose blennorrhagique (Ein Fall von Hyperkeratosis gonorrhoeica), par G. LANGE. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1914, n° 10, p. 495.

Un cas type chez un homme de 21 ans. On n'a pas trouvé de gonocoques dans les lésions de la peau. Des applications locales alcooliques ont eu un bon effet.

Ch. AUDRY.

Sur l'exanthème vésico-hyperkératosique de la blennorrhagie (Zur Kenntnis der hyperkeratotisch-vesikulösen Exantheme bei Gonorrhoe), par A. BUSCHKE et M.-J. MICHAEL. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1914, t. 120, p. 348.

3 observations personnelles que B. et M. rapprochent des cas antérieurs pour conclure qu'au cours de la blennorrhagie urinaire compliquée, il peut se produire un exanthème variculeux, allongé, de brève durée, autour duquel se développent des productions hyperkératosiques. Les localisations habituelles en sont le dos et la plante des pieds, le dos des mains et des doigts, les efflorescences pouvant d'ailleurs, exceptionnellement, s'étendre à d'autres régions.

Bien que les renseignements bactériologiques fassent défaut, le fait que ces lésions récidivent avec la blennorrhagie ne laisse pas de doute sur leur nature.

Habituellement, l'exanthème suit des arthrites et peut persister longtemps après elles.

Au microscope, violente inflammation dans le corps papillaire et le réseau de Malpighi aboutissant à la formation de cavités intra-malpighiennes soulevant la couche cornée par une sérosité contenant des cellules. Puis cet exsudat se dessèche pendant que des strates d'origine parakératosique s'accumulent au-dessus.

Ch. AUDRY.

Rhumatisme blennorrhagique.

L'hallus valgus blennorrhagique, par BERTEIN. *Bulletin de la Société de médecine militaire française*, 19 mars 1944, p. 223.

Homme n'ayant aucun antécédent de maladie infectieuse, ni de rhumatisme. En octobre 1908, au cours d'une blennorrhagie compliquée de cystite et en pleine période d'écoulement, localisations douloureuses articulaires frappant tour à tour la plupart des articulations, dont celles des cous-de-pied, des phalanges, des doigts et des orteils. En mai 1909, tous phénomènes aigus ayant disparu, il persiste une tuméfaction des articulations des orteils, qui se déforment progressivement. D'où hallus valgus très accusé aux deux pieds; le 1^{er} orteil est passé sous le second, saillie accusée en dedans de l'articulation métatarso-phalangienne. G. THIBIERGE.

Traitement de la blennorrhagie.

De l'emploi de l'iode colloïdal dans la blennorrhagie aiguë et chronique, par GÉRALD BEYLER. *Gazette des Hôpitaux*, 19 mars 1944, p. 535.

B. préconise, dans le traitement de la blennorrhagie aiguë et chronique, l'emploi de l'iode colloïdal qu'il considère comme le premier des antiblennorrhagiques, tant par la valeur et la rapidité de son action que par son innocuité absolue qui permet de l'administrer sans avoir jamais à craindre, de son fait, des complications d'aucune nature.

Il emploie : iode colloïdal, en suspension huileuse à 0 gr. 20 par centimètre cube. Désinfection du méat et du gland. Lavage de l'urètre antérieur au permanganate de potasse à 0,25 pour 1000.

a. *Urétrite antérieure seule.* — Injection dans l'urètre antérieur de 2 centimètres cubes de la solution que nous chauffons très légèrement sur la flamme d'une lampe à alcool.

L'injection est gardée dix minutes et répétée trois fois par jour.

b. *Urétrite antérieure et postérieure.* — Grand lavage urétrovésical avec la solution de permanganate de potasse employée pour laver l'urètre antérieur, puis introduction dans la vessie d'une sonde en gomme, dans laquelle on injecte environ 4 centimètres cubes de la solution, tout en retirant doucement la sonde pour répandre son contenu dans l'urètre postérieur et dans l'urètre antérieur. Une seule injection par jour à garder le plus longtemps possible.

Par ce traitement, on obtient après 2 à 3 injections, la disparition complète de la douleur dans tous les cas.

Après huit à dix jours de traitement, la disparition des gonocoques et de tous autres germes pathogènes, l'assèchement rapide des écoulements persistants, même microbiens.

R.-J. WEISSENACH.

NÉCROLOGIE

PIERRE AUBERT

Le fracas des événements est tel que les plus méritants de nos maîtres et de nos collaborateurs disparaissent sans bruit et sans hommages. A la vérité le silence et la discrétion avaient leur place autour du cercueil de Pierre Aubert. Le stoïcisme indulgent et fin de cet homme d'ailleurs profondément religieux s'accommodait mal d'une publicité retentissante. Peu de médecins, même de son entourage, savaient qu'il fut réellement et dignement dans l'ordre scientifique le dernier des grands « majors » de l'Antiquaille. Beaucoup ignorent qu'il a introduit et établi en pathologie vénérienne et cutanée plusieurs notions d'une haute importance et qui sont restées acquises. C'est un devoir amer et doux de le rappeler ici et de payer pauvrement une dette contractée par la science médicale, et par ses élèves, « quorum pars minima... »

Pierre Aubert est né à Lyon, le 16 décembre 1839. Il fut reçu premier au concours de l'internat en 1863. Il soutint à Montpellier, en 1867, une thèse sur le chancre intra-utérin, et, au concours de 1874, fut nommé major de l'Antiquaille, après avoir été chef de clinique chirurgicale. Il occupa successivement les trois services successifs et traditionnels de l'Antiquaille de 1876 à 1893. Il est mort à Lyon le 24 juillet 1915, ayant accompli une vie longue, heureuse et féconde. Pierre Aubert était grand et fort, il avait le front découvert, les cheveux et la barbe brunes et pas très abondants, le teint mat, le regard doux et pénétrant, la voix calme, une manière d'être paisible et affable. Son caractère était d'une égalité remarquable, sa patience infinie et sa bonté inépuisable. Il avait l'esprit appliqué, exact, ingénieux et sûr. Sa probité et son désintéressement professionnels étaient au-dessus de tout éloge. Une curiosité intellectuelle et artistique constante et souple ont embelli sa vie jusqu'aux derniers jours. Il appliqua ses dernières années à la pratique de la bienfaisance confraternelle, et se plaisait à rimer de petits vers aimables, parfois un peu mélancoliques et qu'il jugeait lui-même avec une bienveillance amusée. Mais il fut autre qu'un sage instruit et cultivé ; et, pendant les 20 années de son activité médicale, il a publié un très grand nombre de travaux. On retrouverait quelques-uns de ceux-ci dans les années relativement anciennes de ces *Annales* ; mais le plus grand nombre a paru dans le *Lyon Médical* qu'il avait contribué à fonder en 1869, et dont il fut jusqu'au terme de sa vie un des plus précieux collaborateurs. C'est pourquoi sa notoriété scientifique est bien loin d'égaliser sa valeur.

Pierre Aubert était né expérimentateur et physiologiste. Il n'était pas très érudit, et ne connaissait pas assez bien les langues étrangères pour écrire

de grands travaux d'ensemble que son goût de la perfection et l'originalité de son esprit ne lui conseillaient pas. Il a introduit dans la pratique médicale l'injection préanesthésique d'atropine et morphine (d'après les expériences de Dastre et Morat); il a fait de curieuses études au sujet de l'influence exercée par les bains froids sur la température de l'homme bien portant, etc., etc.

Mais nous rappellerons seulement ici, et brièvement, les principaux résultats de ses recherches appliquées à l'étude de la blennorrhagie, du chancre simple et de l'absorption cutanée.

On ignore souvent, et il faut savoir que c'est à Pierre Aubert, et à lui seul, que nous devons cette notion fondamentale que l'urétrite blennorrhagique est une urétrite totale. C'est lui qui a montré ou fait démontrer par ses élèves que la prostatite est presque constante au cours de la blennorrhagie vulgaire. C'est lui qui a indiqué la réalité et l'importance des urétrites aiguës bactériennes, c'est-à-dire non gonococciques, etc.

Il a fait voir que le virus, alors indéterminé, du chancre simple, est extrêmement sensible à la chaleur; la méthode de traitement qu'il a déduite de cette constatation, celle de la demi-baignoire très chaude, à + 45, et toute la thermothérapie qui en est dérivée sont dues directement ou indirectement à Pierre Aubert.

C'est Pierre Aubert qui a solidement établi, et le premier, que la peau saine et intacte absorbe certaines solutions aqueuses. Son procédé d'investigation par les empreintes est resté excellent, il l'a conduit d'ailleurs à une foule de petites constatations intéressantes sur la sécrétion sudorale dans les dermatoses. Il a donné un petit procédé élégant pour apprécier l'état gras de la peau. Il a signalé l'hyperidrose axillaire des personnes nues. Un des premiers, sinon le premier, il a étudié avec précision la cataphorèse. Il existe un signe d'Aubert: le cheveu infiltré de champignons qui apparaît en clair sur fonds sombre quand on fait basculer le miroir du microscope.

Tous ses travaux, il les a faits seul, sans laboratoire, sans ambition, par pure curiosité scientifique, sans désir de publicité, sans recherche de situation retentissante ou de distinctions honorifiques, en toute indépendance et originalité. Pierre Aubert n'a jamais avancé un fait qui n'ait été confirmé ultérieurement.

Peu d'hommes ont été aussi bien doués moralement et intellectuellement. Peu d'hommes ont aussi bien rempli leur destinée. Ch. AUDRY.

Le Gérant: Pierre AUGER.



RECUEIL DE FAITS

A. Cassar. — Sur un cas d'urticaire pigmentaire tardive associé à un pytyriasis rosé.	95
---	----

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Sérodiagnostic de la syphilis. La réaction de Wasserman dans la syphilis: ses principales modifications, par G. Burzi.	98
Sur la valeur pratique de la réaction d'Hermann-Perutz et de Popoff pour le sérodiagnostic, par M. Stern.	98
Cutiréaction dans la syphilis. Les cutiréactions dans la syphilis, avec remarque sur la pallidine, par E. Klausner.	99
Syphilis du système nerveux. Un nouveau cas de paralysie radiale, à type de paralysie saturnine, chez un syphilitique, par E. de Massary, Boudon et P. Chatelin.	99
Paralysie radiale et syphilis, par A. Baudouin et E. Marcorelles.	100
Ménigite syphilitique avec paralysie labio-glosso-laryngée complète, mais transitoire, d'origine pseudo-bulbaire, par E. de Massary et P. Chatelin.	100
Paralysie bulbaire d'origine syphilitique. Rire et pleurs spasmodiques, par H. Dufour et Thiers.	100
Sur le délire halluciné des syphilitiques, par Plaut.	100
Recherches sur la paralysie générale. Sur l'évolution de 4134 cas de syphilis. Sur le sort ultérieur de ces 4134 cas, par Maltaschek et A. Pilez.	101
La paralysie générale chez l'enfant, par C. Leroux et Weinzweig.	102
Paraplégie spasmodique hérédosyphilitique chez les grands enfants, par A.-B. Marfan.	102
Le traitement intensif de la syphilis nerveuse contrôlé par des examens du liquide céphalo-rachidien, par W. Brem.	102
Le traitement moderne de la paralysie générale progressive selon la méthode de von Wagner, par A. Pilez.	103
Traitement des affections syphilitiques du système nerveux central par des injections intraveineuses de salvarsan, par Spooner.	103
Les résultats de la méthode intrarachidienne de Swift-Ellis dans la paralysie générale, par Meyerson.	104
Paralytiques généraux traités par des injections intrarachidiennes de sérum salvarsanisé, par Pillsbury.	104
Les méthodes modernes de traitement de la syphilis du système nerveux, par Sachs, Strauss et Kaliski.	104
Sur le traitement des maladies nerveuses syphilitiques, par H. Oppenheim.	104
Syphilis post-conceptionnelle. Syphilis post-conceptionnelle. Influence du traitement sur la femme enceinte syphilitique, par J.-S. Covic.	105

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Chancre simple. Les rapports entre le chancre simple phagédénique et le granulome vénérien, par W. Gennerich.	106
Le traitement du chancre mou et de ses complications, par R.-J. Weissenbach.	106
Bubon. Sur le traitement des bubons suppurés par l'argent au bleu de méthylène, par Saphies et v. Zumbusch.	106
Traitement du bubon par les rayons X, par W. Wittig.	106
Ulcère aigu de la vulve. Sur l'ulcère aigu de la vulve (Lipschütz), par S. Grosz.	107
Sur la notion de maladie appliquée au soi-disant ulcère aigu de la vulve, par R. Volk.	107
Diagnostic biologique de la blennorrhagie. Sérologie des maladies blennorrhagiques, par J. Finkelstein et T. Gerschun.	107
Diagnostic biologique de la blennorrhagie, par A. Sommer.	107
Vaccins gonococciques et extrait glycéринé de gonocoques dans le diagnostic des infections gonococciques, par Shattuck et Whittemore.	108
Blennorrhagie infantile. Le pronostic des vulvo-vaginites blennorrhagiques infantiles, par Mattisson.	108
Blennorrhagie anale et rectale. Blennorrhagie rectale chez les prostituées, par F. Schmidt.	108
Sur les granulations blennorrhagiques, par G. Stumpke.	109
Hyperkératose blennorrhagique. Un cas d'hyperkératose blennorrhagique, par G. Lange.	109
Sur l'exanthème vésico-hyperkératosique de la blennorrhagie, par A. Buschke et M.-J. Michael.	109
Rhumatisme blennorrhagique. L'hallux valgus blennorrhagique, par Bertein.	110
Traitement de la blennorrhagie. De l'emploi de l'iode colloïdal dans la blennorrhagie aiguë et chronique, par Gérard Beyler.	110

NÉCROLOGIE

PIERRE AUBERT.	111
------------------------	-----

Le plus Puissant Reconstituant général

HISTOGÉNOL

Naline

Médication arsénio-phosphorée organique à base de Nuclarrhine, réunissant combinés tous les avantages sans leurs inconvénients de la médication arsenicale et phosphorée organique.

L'HISTOGENOL NALINE est indiqué dans tous les cas où l'organisme débilité, par une cause quelconque, réclame une médication réparatrice et dynamogénique puissante; dans tous les cas où il faut relever l'état général, améliorer la composition du sang, reminéraliser les tissus, combattre la phosphaturie et ramener à la normale les réactions intraorganiques.

PUISSANT STIMULANT PHAGOCYTAIRE

TUBERCULOSES, BRONCHITES, LYMPHATISME, SCROFULE, ANÉMIE NEURASTHÉNIE, ASTHME, DIABÈTE, AFFECTIONS CUTANÉES FAIBLESSE GÉNÉRALE, CONVALESCENCES DIFFICILES, etc.

FORMES { ELIXIR — ÉMULSION { GRANULÉ { AMPOULES
ET DOSES { Adultes: 2 cuill. à soupe par jour. { Adultes: 2 mesures par jour. { Injecter une ampoule par jour.
{ Enfants: 2 cuill. à dessert ou à café. { Enfants: 2 demi-mesures par jour.

Exiger sur toutes les boîtes et flacons la Signature de Garantie: A. NALINE
Littérature et Échantillon: S'adresser à A. NALINE, 114^{me} Villeneuve-la Garenne, près St-Denis (Seine).

SUPPOSITOIRES laxatifs de L. PACHAUT

à la Glycérine et à l'Huile de Palma Christi. — Forme spéciale permettant l'introduction plus facile et la pénétration plus profonde — **EFFET RAPIDE et SÛR.** — EN VENTE dans toutes les PHARMACIES.

OUATAPLASME

(CATAPLASME-OUATE)

du Docteur **ED. LANGLEBERT**



ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Seul Cataplasme Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les inflammations de la Peau
ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, COMPÈRE LORiot, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.